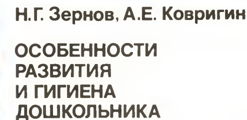
НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Издательство «Знание»

ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВЬЯ 1987/11-12



Н.Г. Зернов, А.Е. Ковригин

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ГИГИЕНА ДОШКОЛЬНИКА

И.Г. Ураков

ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛИЗМА

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

11/87

Н. Г. Зернов,
А. Е. Ковригин

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ГИГИЕНА ДОШКОЛЬНИКА

СОДЕРЖАНИЕ

Издательство
«Знание»
Москва 1987

ЗЕРНОВ Николай Гаврилович — заслуженный деятель науки РСФСР, заведующий кафедрой детских болезней лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института им. Н. Семашко, доктор медицинских наук, профессор. Автор 270 научных печатных работ по основным вопросам педиатрии (заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и мочевыделения, а также особенности развития здорового ребенка и уход за больным ребенком). Активно сотрудничает с обществом «Знание», выступая с публичными лекциями для населения.

КОВРИГИН Александр Евгеньевич — доцент кафедры детских болезней лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института им. Н. Семашко, кандидат медицинских наук. Автор более 40 научных работ по основным вопросам педиатрии (заболевания органов пищеварения, кроветворной системы, а также особенности развития здорового ребенка). Выступает с публичными лекциями для населения, член общества «Знание».

С момента рождения до наступления зрелости человеческий организм находится в постоянном развитии, направленном на лучшее приспособление к внешней среде. В этот период, занимающий ни много ни мало 15—16 лет, совершенствуется деятельность различных его органов, систем. И первые пять лет особенно важны в этом отношении.

Говоря о дошкольном возрасте (от 3 до 6—7 лет), важно понимать, что уже в раннем детстве речь идет о формировании полноценного члена общества — в неразрывном единстве всех сторон развития ребенка — и биологически, и как личности. Вот почему так тесно связаны между собой показатели физического и умственного развития, эмоциональные, социальные и культурные факторы формирования поведения. Особенности развития ребенка зависят от его наследственности, от влияния внешней окружающей обстановки, обусловлены социально-экономическими условиями жизни семьи, культурным уровнем родителей, системой физического и умственного воспитания.

Всегда нужно помнить о весьма высоком темпе развития ребенка-дошкольника. В этой связи хотелось особо подчеркнуть, что физическое и психическое развитие его происходит неравномерно и сугубо индивидуально. Поэтому все воспитательные мероприятия следует приспосабливать к возможностям каждого ребенка индивидуально. В целом же для дошкольного возраста характерно то, что уже с конца второго — начала третьего года жизни ребенок переходит от пассивного восприятия окружающей среды к активному ее познаванию, а в возрасте 4—5 лет он начинает мыслить понятиями.

Вот почему трудно переоценить значение детских игр для развития психики ребенка. Игры для ребенка — это не простое времяпрепровождение, а жизненная необходимость. В различных играх совершенствуется двигательная активность ребенка, происходит развитие координационных двигательных механизмов, постепенная адаптация к социальной среде, к окружающему миру.

В играх детьми часто имитируются жизненные ситуации с различными трудностями, иногда почти стрессовые. Ребенок, играя, постепенно овладевает навыками преодоления таких трудностей, и правы те педагоги, воспитатели и родители, которые считают детские игры, включающие в себя элементы воображения, тем мостиком, через который проходит путь от символических к реально существующим жизненным ситуациям, к различным видам трудовой деятельности.

Например, известный психолог Анри Валлон различает 4 типа детских игр в зависимости от возраста ребенка: функциональные, с воображаемыми объектами, познавательные и творческие. Перечислим кратко основные сведения о них.

Функциональные игры свойственны детям раннего возраста. Для них характерны простые, элементарные двигательные акты: в игре — движение пальцев, конечностей, воспроизведение шумов, звуков, подталкивание предметов. Функциональные игры направлены на получение целого ряда эффектов, привлекающих внимание, способствующих развитию координации.

Игры с воображаемыми объектами свойственны детям 2—3-летнего возраста и по характеру уже более дифференцированы. К таким играм относятся игры в куклы, в лошадки, «езда верхом» на бревне, на палке и др.

Во время познавательной игры ребенок полон внимания. Он все старается понять, запомнить последовательность элементов игры, их связи между собой. В некоторых случаях эти игры так увлекают ребенка, что он абсолютно не обращает внимания на окружающую его обстановку, уходит в мир образов, поглощен ситуацией игры. В познавательных играх чаще участвуют дети 4—5 лет.

Игры творческие носят созидательный, конструктивный характер. Во время таких игр дети комбинируют различные

предметы, переделывают их с целью получения нового качества. В творческих играх начинают проявляться половые различия детей: мальчикам свойственны подвижные, в ряде случаев воинственные по характеру, девочкам — спокойные, «мягкосюжетные». Эти игры наиболее распространены в возрасте 5—6 лет.

Последовательность совершенствования двигательных и психических элементов развития ребенка можно представить следующим образом.

После того как к концу первого года жизни ребенок начинает ходить, его двигательное развитие из года в год совершенствуется. К 3-му году жизни большинство движений становятся произвольными: деятельность мышечной системы подчиняется воле ребенка. Это очень важный этап совершенствования движений. На протяжении дошкольного периода появляются и совершенствуются такие сложные двигательные акты, как бег, скакание, прыжки. Однако координация движений, особенно точных и тонких, еще недостаточно совершенна.

В возрасте 4 лет дети находятся в постоянном движении, уже могут взбираться на небольшую высоту по вертикальным предметам. Большинство детей умеют сосчитать, сколько у них пальцев на руке, сколько предметов в комнате, и могут назвать несколько цветов (к этому возрасту возможно восприятие всех цветов). Особенно привлекает детей рисование. Рисуют обычно игрушки, предметы обихода. Способны пользоваться ножницами и вырезать ими картинки.

Как правило, они стремятся сделать что-либо своими руками, какую-нибудь вырезку из бумаги, что-то вылепить из пластилина, построить из песка.

Девочки много времени уделяют играм с куклами, а мальчики — с различными игрушками (автомобилями, самолетами, поездами). Внимание детей привлекают яркие, красочные кубики, блоки, из которых они выкладывают дома, гаражи и другие типы строений. Но, поиграв с игрушкой, куклой, дети этого возраста могут быстро забыть о них, отбросив в сторону.

Детям нравится, когда взрослые поручают им самостоятельно одеваться и раздеваться. А уже в возрасте 3 лет все дети должны самостоятельно есть, хотя и под наблюдением взрослых, задача которых состоит в воспитании у них навыков опрятности во время еды. Большинство детей стремится самостоятельно одеваться и раздеваться. Они уже способны снимать с себя пальто и головной убор, вешать на вешалку или класть на определенное место.

Все это очень важно для воспитания опрятности и аккуратности у детей. В этом возрасте ребенка важно научить ухаживать за своей обувью (чистить, аккуратно ставить на свое постоянное место), самостоятельно мыть руки и вешать полотенце на место после употребления, чистить зубы.

Уже в 3 года дети должны самостоятельно контролировать функцию мочевого пузыря и кишечника (и ночью и днем).

К концу дошкольного периода, то есть к 6 годам, ребенок свободно владеет своим мышечным аппаратом, у него вырабатываются индивидуальные особенности мимики и жестов. 5—6-летний ребенок овладевает всеми двигательными навыками, искусно использует все мышечные группы для движений тела.

Дети хорошо рисуют картинки с включением в них многих деталей. В играх все большее значение приобретают элементы воображения и фантастики. Игры обычно имеют групповой характер.

Подражая взрослым, дети стараются делать все то, с чем они встречаются в повседневности: забивать гвозди, используя молоток, стирать что-либо, гладить белье, готовить пищу и т. д. В этом возрасте дети мастерят довольно сложные предметы, например, модели различных транспортных средств — лодки, кораблики, ракеты.

Детям очень нравится слушать короткие рассказы, особенно приключенческого, фантастического характера, импровизированные или из книг. Некоторые из них уже способны воспроизводить своими словами содержание таких рассказов, повторять наизусть отрывки из простых стихотворений. Многие проявляют большой интерес к овладению чтением и письмом. В играх наедине или со своими сверстниками ярко проявляются элементы воображения, фантастики. Весьма выражен и элемент подражания событиям,

людям, оно проявляется в повторении слов, действий.

В разговорах дети употребляют уже целые предложения, много рассказывают, например о своих играх. У некоторых из них появляется интерес к музыке, они способны напевать простые мелодии. В период интенсивного развития речи ребенку следует уделять больше внимания, чаще беседовать с ним. При недостаточном внимании к ребенку, ограничении его общения с другими детьми и взрослыми нарушается нормальное развитие психической деятельности, в частности, одной из ее разновидностей — речи.

Развитие речи у детей происходит наиболее бурно в возрасте от двух до шести лет. В разговорном языке ребенок закрепляет в произносимых словах, в соединениях слов в предложения свое познание окружающего мира, проявляет особенности мышления. Совершенствование речи способствует более тесному общению ребенка с членами его семьи, с другими детьми и взрослыми, иными словами, физиологическое развитие тесно переплетается с социальным.

Установлено, что к концу второго года жизни ребенок произносит от двух до трех сотен слов. В течение третьего года жизни этот словарный запас удваивается. При таком бурном развитии речи большое значение приобретает формирование разговорного языка. Словарный запас сам по себе еще не создает разговорный язык. Для того чтобы овладеть им, ребенок должен усвоить грамматику языка, которая и определяет правила изменения слов в предложениях.

Эта стадия развития и формирования языка происходит в возрасте 3—4 лет, когда путем запоминания речевых шаблонов, то есть различных сочетаний слов, дети начинают правильно собирать слова в предложения, ставить их в определенные падежи или склонять. И вполне понятно, что для формирования правильной речи у детей сами взрослые должны разговаривать грамотно, выбирать употребляемые слова, избегая слов-паразитов типа «значит», «так сказать», «ну», и конечно, слов жаргонных и нецензурных.

Общение ребенка с окружающими людьми, включая и детей-сверстников, особенно отчетливо проявляется во влиянии на развитие речи и различных реакций на те или иные внешние раздражители. Так, определенные звукосочетания и сочетания слов ассоциируются ребенком с соответствующими объектами окружающей его среды или же с определенными действиями.

Активно участвуют в формировании речи такие органы чувств, как зрение и слух, благодаря образованию зрительно-двигательных и слуходвигательных реакций. Видеть определенный предмет, явление, обозначить их определенным словом необходимо физиологически для запоминания слов как символов реально существующих предметов, чтобы в последующем уже только по слуху, воспроизводя или услышав слово-символ, ребенок представлял себе, о чем идет речь, тот или иной конкретный предмет.

Этот сложный физиологический процесс становления второй сигнальной системы происходит в раннем детстве. Отсюда ясна роль родителей, воспитателей детских садов в формировании высшей нервной деятельности ребенка.

В возрасте 5—6 лет проявляется способность к чтению и письму, в основе которых лежит условнорефлекторная деятельность центральной нервной системы. И по мере совершенствования ее функций, в частности, коры головного мозга, изменяется и психика ребенка. Начиная с конца второго года жизни, а особенно в течение третьего года, когда ребенок от пассивного восприятия окружающей его среды постепенно переходит к активному познанию ее факторов, начинает самостоятельно, активно овладевать ею, у него появляется самосознание — он начинает говорить о себе «я».

Дети этого возраста обладают неистощимой энергией познавания окружающего мира. Вопросы типа «а что это?», «почему?» и другие появляются в изобилии, все они преследуют одну цель — познать все то, что ребенку пока незнакомо, чего он еще не видел. С этого времени фактически и начинается самое серьезнейшее время в жизни ребенка — подготовка к школе.

С медицинской точки зрения ребенок при подготовке к поступлению в школу должен удовлетворять следующим крите-

риям: быть здоровым, обладать определенным уровнем развнтня умственной и двигательной деятельностн, быть устойчнвым к неблагоприятным факторам внешней среды. Эти вопросы не случайно оказалнсь в центре внимания педагогов и родителей.

Основы здоровья ученика школы закладываются в дошкольном периоде развнтня ребенка, и осуществляющаяся в настоящее время реформа в начальном и среднем образованни требует усилення внимания к здоровью детей дошкольного возраста.

Мероприятия для обеспечения хорошего состояния здоровья ребенка перед его поступлением в школу необходимо начннать заблаговременно, по крайней мере за год до этого, так как для эффективного оздоровления требуется достаточно продолжительный срок. В этом важнейшем деле успех во многом завнсит от того, насколько адекватны представления роднтелей об особенностях развития нх ребенка, действенны их знання об оздоровительных мероприятиях, настойчивость в осуществленнн практических рекомендаций. Об этом н пойдет речь далее в наших советах родителям дошкольннка.

КАК БЕРЕЧЬ ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА

Понятне «здоровье человека» означает не только отсутствие болезней илн физнческнх дефектов, но и духовное и соцнальное благополучне. Как это ни странно, но до настоящего временн нет четко определенного понятия «состояние нормы». В связи с этим прежде всего возникает вопрос: какого ребенка следует счнтать здоровым?

Дело в том, что определить состоянне нормы, разработать его крнтерии чрезвычайно трудно вследствие ннднвндуальных разлнчий каждого конкретного ребенка. Как уже говорилось, детский органнзм по мере развнтня находнтся в состояннн постоянного совершенствования функций разлнчных органов и снстем, но у каждого ребенка это совершенствованне происходит индивидуально, в соответствнн с наследственностью и под влиянием факторов внешней среды, обстановки, в которой находится данный ребенок. Приведем такой простой пример. Допустим, масса тела (вес) у 5-летнего ребенка ниже средненормальной на 6 %. При этом он умственно развивается хорошо, не имеет никаких прнзнаков хронических заболеваннй. Считать ли его здоровым нли нет, если один из признаков здоровья, а именно масса тела, ниже нормы. Только комплексная оценка всех факторов развнтия конкретного ребенка позволяет отнести его к той или иной категории по состоянию здоровья. Поэтому бывают и достаточно сложные ситуацин такой оценкн.

Основоположники советской педиатрии врачн Г. Сперанский, М. Маслов и А.Тур разработали объективные признаки здорового ребенка, к которым относятся средние нормальные показатели роста, массы тела (веса), разлнчные индексы фнзического развития, отсутствие признаков гиповитаминозов, нормальная толщина подкожного жирового слоя, хороший мышечный тонус, соответствующее возрасту развитие костной системы, пснхической и двигательной деятельности, положительный эмоциональный тонус, хороший аппетит, физиологически нормальная работа всех внутренних органов, хорошая сопротивляемость к инфекционным заболеваниям.

Обсуждение здесь понятия «здоровый ребенок» объясняется тем обстоятельством, что среди многих родителей бытует такое мнение: если у ребенка выявлены какие-то функциональные изменения, то он болен. Детей этих держат на щадящем режиме, ограничивая двигательную активность, пребывание на свежем воздухе, освобождают от физической культуры. Но прежде чем предпринимать подобные меры в отношении ребенка, родителям необходимо согласовать их с врачом-педиатром.

С момента разработки перечисленных критериев прошло 30—40 лет. В настоящее время изменились условия жизни детей, нзменилось питанне, ликвидированы тяжелые соцнальные хронические заболевания и острые опасные инфекцнн. Разработаны объектнвные методы определения функционального состояния цен-

тральной нервной системы, дыхания, сердечно-сосудистой системы и других органов. Появились такие феномены, как ускорение физического и функционального развития (акселерация), снижение двигательной активности (гипокинезия).

И закономерно, что изменились вследствие этого методы и критерии оценки здоровья. Включены, например, показатели функциональных особенностей детского организма, его выносливости, уровня умственной деятельности, физической и умственной работоспособности. Тем самым возросла сложность современных критериев определения состояния здоровья.

Можно привести такой пример. У некоторых детей с ускорением физического развития появляются функциональные нарушения, например сердечно-сосудистой системы (вследствие повышения требований к ней быстрорастущим организмом). В результате может появиться и сердечный шум, носящий временный характер, который не вызывает ухудшения самочувствия ребенка и не отражается на двигательной активности, обычной работоспособности детей. С таким функциональным отклонением они ничем не отличаются от других здоровых детей и в таких случаях их принято считать практически здоровыми.

Физическое развитие дошкольника прежде всего характеризуют его рост, масса (вес) тела, окружность грудной клетки, пропорциональность конечностей и туловища. Каждый из этих показателей в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и социально-бытовых условий меняется с возрастом поразному. И наиболее изменчивым показателем является масса тела. Рекомендуется обратить внимание на гармоничность физического развития — соотношение роста и массы тела (веса).

Вполне понятно, что замедлить или ускорить рост ребенка, чтобы в течение года подогнать его под возрастной норматив школьника первого класса, практически невозможно. Рост ребенка определяется и наследственностью, и климатогеографической зоной проживания ребенка, и многими другими факторами.

Обычно рост ребенка измеряют в положении стоя, выпрямленном, когда пятки и затылок прижимаются к вертикальной поверхности (стена, дверь). По расстоянию от уровня самой верхней точки головы до уровня пола и определяется рост ребенка. Наиболее точно рост измеряется с помощью несложного механического прибора — ростомера, имеющегося в детских учреждениях (яслях, детском саду, поликлинике).

Примечательно, что если в первый год своей жизни дети растут довольно быстро (а за год они вырастают на 25 сантиметров), то со второго года темпы роста замедляются и с третьего года жизни ежегодное увеличение роста дошкольника в среднем равно 5 сантиметрам. Нормальный рост можно рассчитать по следующей простой формуле: длина тела (рост) = $75+(5\times n)$, где 75 — рост ребенка годовалого возраста (в сантиметрах), а n — количество лет. Например, рост четырехлетнего ребенка будет равен $75+5\times 4$, то есть 95 сантиметров.

Масса (вес) тела как показатель физического развития подвержен значительным колебаниям, величина его зависит от многих переменных факторов. Например, от режима питания, времени года, физической активности ребенка. Естественно, что масса тела увеличивается после приема пищи, и зимой, если уменьшается физическая активность ребенка. Летом же дети весьма подвижны и почти все энергетические вещества, поступающие с пищей, используются на энергию движения.

Расчет среднего нормального показателя массы тела осуществляется следующим способом: масса тела ребенка в возрасте 5 лет равна (в среднем) 19 килограммам. Когда ребенку меньше 5 лет, на каждый недостающий год из числа 19 вычитается 2, когда же больше 5 лет, то на каждый последующий год прибавляется 3. Например, если ребенку 3 года, то его норма массы тела достигает $19-2\times 2=15$ килограммов. Если же ребенку 7 лет, норма веса его тела равна $(19+3\times 2)$, то есть 25 килограммам. Наиболее точно расчет нормальной мас-

сы тела дошкольника производится по номограммам — соответствующим специальным таблицам, учитывающим рост.

Существуют и специальные таблицы для определения гармоничного физического развития ребенка, по которым выясняют соответствие массы тела росту каждого ребенка в том или ином возрасте.

Как показатель физического развития, окружность груди характеризует не только поперечные размеры тела и степень развития грудной клетки, но и в известной мере дает возможность судить о функциональном состоянии дыхательной системы, развитии мышц грудной клетки.

Измеряется окружность грудной клетки с помощью сантиметровой ленты на уровне нижнего угла лопаток — сзади и нижнего края сосков — спереди. Средняя нормальная окружность грудной клетки у дошкольника рассчитывается по формуле 63—1,5(10—n), где 63 — величина средней окружности в возрасте 10 лет, n — возраст (число лет) ребенка моложе 10 лет. Например, нормальная окружность груди ребенка пяти лет равна 63—1,5(10—5), то есть 55,5 сантиметра.

На дошкольный период приходится так называемый первый ростовой сдвиг, когда наступают такие изменения строения тела, как, например, удлинение конечностей, уменьшение жировой подкожной клетчатки, и для оценки физического развития используют показатели пропорций тела или пропорциональности телосложения. Дело в том, что с возрастом различные части тела удлиняются неодинаково. Наиболее стабильной величиной является длина туловища, которая во все возрастные периоды составляет 40 % общей длины тела. Установлено, что до 12—15 лет общая длина тела — рост ребенка увеличивается, как правило, за счет удлинения ног. Это закономерно и для детей дошкольного возраста.

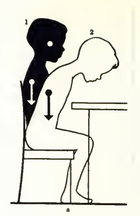
Коррекция осанки

Оценивая физическое развитие детей дошкольного возраста, не следует забывать об осанке детей, которая меняется у них в различные возрастные периоды. К концу периода дошкольного возраста у здорового ребенка позвоночник приобретает обычную форму с небольшим изгибом вперед в шейном и поясничном отделах и назад в грудном отделе. Поддержание нормальной осанки путем активного двигательного режима, правильной посадки за столом, за партой и занятий физкультурой устраняет опасность искривлений позвоночника (так называемых сколиозов).

В последние десятилетия процесс ускоренного развития (акселерация) коснулся и периода дошкольного возраста. Примерно около $^1/_3$ дошкольников опережают средние нормы показателей физического развития. Родителям важно помнить о том, что при ускоренном росте возникает большая опасность возникновения нарушений осанки. Принимая во внимание слабость мышечной системы у детей дошкольного возраста, снижение их двигательной активности вследствие особенностей образа жизни, следует подчеркнуть, что соблюдение основных правил профилактики таких нарушений должно быть обязательным.

Большое распространение в последние годы получают нарушения осанки, выражающиеся в том, что одно плечо становится ниже другого, уровень лопаток разный (одна ниже другой), позвоночник умеренно отклоняется в сторону. Нарушения осанки при дальнейшем их прогрессировании приводят в конце концов к сколиозу, т. е. искривлению позвоночника, требующему квалифицированного лечения. По данным исследователей, нарушения осанки различных видов наблюдаются в настоящее время у 63 % обследованных школьников и закладываются они еще в дошкольном возрасте.

Нарушения осанки обусловлены неправильным положением тела ребенка, сидящего за столом во время еды и занятий (например, рисованием, вырезанием), просмотра кинофильмов, детских телевизионных программ, настольных игр. Дети обычно принимают удобное для них положение, но неправильное, при котором нарушается прямое, вертикальное расположение позвоночника. Если обнаружены нарушения осанки, то с целью предупреждения прогрессирования их требуется провести определенные мероприятия, с тем



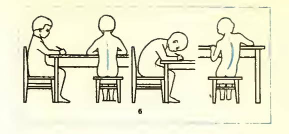


Рис. 1. а) соотношеине центра тяжести туловнща и точки опоры при посадке: *1* — правильиой; *2* — неправильной; б) правнльиое н неправильиое положеиие тела при письме за столом

чтобы к моменту поступления ребенка в школу они были полностью устранеиы.

Эти мероприятия осуществляются после коисультации у врача-ортопеда в поликлинике путем контроля за посадкой ребенка. Надо следить за тем, как он сидит за столом, на стуле, организовать ложе для сна на плоской, жесткой кровати, проводить занятия лечебиой физкультурой по специальному комплексу.

Мышечная система у дошкольииков развита слабее, чем у детей старших возрастов, особенно мышцы конечностей, что объясняется тонкостью мышечиых волокон, бедностью их белком, большим содержанием воды. Поэтому развитие мышц с помощью физических нагрузок следует проводить медленно, постепенио. Хороший эффект оказывают систематические занятия плаванием.

Правильная посадка за столом озиачает, во-первых, сидеть на стуле во всей его глубине так, чтобы спиив упиралась в спинку стула; во-вторых, локти должиы свободно располагаться на столе при прямом положении туловища, чтобы не приходилось нагибаться к столу или поднимать локти до уровня груди. Поэтому если дома нет специальной детской мебели, подогнанной по росту ребенка, то при высоком столе на стул подкладывается волосяная жесткая подушка или специальная деревянная подставка, либо просто толстая доска. Ребенку не разрешается ложиться на стол, ои должен сидеть прямо. Прямолинейная посадка иа стуле рекомендуется и при просмотре кинофильмов, телевизионных программ. Недопустимо сидеть в мягком кресле развалясь.

Осиовными профилактическими направлеииями в предупреждении иарушений осанки у детей дошкольного возраста являются: прииятие правильного положения тела во время длительного сидения; достаточная двигательная активиость, иедопущение нарушеиий возрастиого питания, особенно иедостатка натрия, калия, кальция и фосфора; предупреждение утомления (оно приводит к тому, что сидящий ребеиок через иекоторое время принимает неправильиое положеиие позы).

Хорошим, исправляющим иарушенную осанку эффектом обладает следующий комплекс физических упражнений (рекомендуемый Ю. Шапошниковым).

Упражнение 1. На расстояиии одного шага от стены ребенок встает спиной к ней. Опираясь на носок левой ноги, нужно пяткой коснуться стеиы, прямые руки подиять через стороиы вверх и, прогнувшись, коснуться стены. Во время этих движений делается вдох. Возвращение в исходное положение — выдох. Точно такие движения, в такой же последовательности делаются правой ногой. Повторений — 10.

Упражнение 2. Берется палка длиной около метра. Ноги ставятся врозь. С палкой за спиной, плотно прижав ее к ней согнутыми в локтях руками, делают повороты туловища до отказа влево, затем вправо. Голову держат прямо, глядя вперед. Дыхание произвольное. Повторить 10 раз.

Упражнение 3. Согнутые в локтях

руки соединяют за спиной, сцепив пальцы. Затем меняют положение рук. Повторить 6 раз.

Упражнение 4. Расставленными на ширину плеч руками опираются на край стола так, чтобы туловище и отставленные ноги составляли прямую линию. Голову держат прямо, глядя вперед. Сгибают руки, коснувшись грудью стола,— вдох. Разгибают руки — выдох. Упражнение повторяют 10 раз.

Упражнение 5. Ноги ставят пятками вместе, носками врозь. За головой, на плечах, в согнутых руках держат палку. Приседают на носках, одновременно выпрямляя руки вверх. Туловище стараться держать прямо, смотреть перед собой. Затем возвращаются в исходное положение. Во время приседания — выдох, в исходном положении — вдох. Упражнение повторяют 15 раз.

Упражнение 6. В прямой стойке держат горизонтально палку в опущенных руках — вдох. Не меняя горизонтальности ее положения, переводят палку за спину вниз — выдох. Возвращают палку в исходное положение. Упражняясь, через несколько дней суживают расстояние захвата руками.

Упражнение 7. Садятся на табурет (стул), зацепившись за неподвижный предмет впереди носками. Руки за головой, отклонясь назад, одновременно поднимают руки вверх. Затем руками касаются пола и возвращаются в исходное положение. При наклоне назад делают вдох, в исходном положении — выдох. Упражнение повторяют 10 раз.

Упражнение 8. Исходное положение: стоя с развернутыми плечами, смотрят прямо перед собой. Круговые движения прямыми руками назад, потом вперед. При движении рук вверх — вдох, вниз — выдох. Движения выполняют с наибольшей амплитудой. Упражнение повторяют 20 раз.

Упражнение 9. Исходное положение: находясь на расстоянии одного шага от стула, вытянутые вперед руки кладут на его спинку. Не сгибая рук, делают четыре пружинящих наклона вперед, вставая на носки, затем возвращаются в исходное положение. В исходном положении — вдох, при наклонах — выдох. Упражнение повторяют 10 раз.

Упражнение 10. Ходьба в течение 5 минут, держа за спиной палку согнутыми в локтях руками. Плечи развернуты, голова в прямом положении, смотреть прямо перед собой. Во время ходьбы дыхание глубокое, ровное.

[illegible]

Избыточное питание и тем более ожирение, возникнув в дошкольном возрасте, сохраняется и у школьника. В особенности ожирение снижает двигательную активность, физическую и умственную работоспособность, нарушает функцию органов, таких, как сердце, печень, создает благоприятный фон для возникновения некоторых болезней, например диабета.

Полнота (избыточное питание) — это не признак здоровья, как ошибочно думают некоторые родители. Избыточное питание порождает обменные нарушения в организме ребенка, облегчая в последующем возникновение ряда заболеваний.

Основными причинами такого расстройства гармоничного развития ребенка дошкольного возраста, как ожирение, являются употребление чрезмерно калорийной пищи (за счет углеводов и жиров) и недостаточная двигательная активность, в результате которой энергетические затраты организма снижаются. Наследственный фактор, как причина ожирения, играет даже меньшую роль по сравнению с двумя вышеназванными факторами.

В период подготовки ребенка к школе необходимо устранить избыточность питания, уменьшить полноту его, хотя бы до верхней границы нормальной по возрасту массы тела (веса). Это достигается путем диеты, ограничивающей калорийность потребляемой пищи, и усилением двигательной активности. В диету включаются молоко и молочно-кислые продукты, нежирное мясо, рыба, творог, в равных соотношениях животные и растительные масла, овощи (капуста, морковь, огурцы, тыква, помидоры, свекла, репа, умеренное количество картофеля), фрукты, ржаной хлеб (не более 300 г. в день). Исключаются белый хлеб, сдобные, мучные и кондитерские изделия, сахар, мед. Питание детей 5-разовое, объем употреб-

ляемой пищи не должен превышать возрастные нормы. Снижается количество жиров в основном животного происхождения, а растительных жиров меню должно содержать 15—25 г. в день.

В комплексном лечении ожирения большую роль играет физическая культура, как общая, так и лечебная. Физическая культура повышает расход энергии за счет усиления распада жировых веществ, улучшает работоспособность ребенка. При организации занятий физической культурой обращают внимание на упражнения для крупных мышц и мышц брюшного пресса. В комплекс физических упражнений включаются ходьба, бег. Интенсивность и длительность физических упражнений увеличивают постепенно. Широко используются плавание, спортивные игры с учетом возраста и пола ребенка.

Профилактика нарушений зрения

По мере роста и развития ребенка постоянно увеличивается физиологическая нагрузка на орган зрения. Перед поступлением в школу большинство детей знают буквы, некоторые читают по слогам. Книга занимает значительное место в жизни ребенка: он рассматривает иллюстрации — картинки на страницах, стремится узнать буквы, цифры. Все это требует хорошего зрения.

С первых дней общения ребенка с книгой следует приучать его к соблюдению элементарных правил гигиены зрения, требований достаточной освещенности, чтения сидя за столом или в жестком кресле, положив книгу прямо перед собой. Попытки читать в постели, особенно в положении лежа, должны с самого начала пресекаться. Именно нарушение перечисленных правил нередко приводит к расстройствам зрения, например близорукости.

Близорукий человек способен хорошо видеть рассматриваемый предмет только на близком расстоянии. Другое название этого расстройства зрения — миопия связано с тем, что близорукий прищуривает глаза, чтобы лучше разглядеть отдаленный предмет. Оптическая сущность близорукости (миопии) состоит в том, что параллельные лучи света, попадающие в глаз, после преломления фокусируются не на сетчатке глаза, а впереди нее.

В настоящее время основной причиной близорукости считают слабость цилиарной мышцы глаза и в связи с этим недостаточность аккомодации. Развитие близорукости зависит от условий, в которых используется зрение. Она сопровождается постепенным снижением остроты зрения, у детей приводит к развитию косоглазия. Появляются неприятные ощущения, головные боли. Несомненно такие явления влияют и на общее состояние детей, на их развитие.

Надо своевременно обратиться к врачу-окулисту, носить выписанные им очки, чтобы исправить расстройство зрения, предупредить прогрессирование близорукости.

Если лечение близорукости полностью зависит от врача, то предупреждение ее во многом определяется соблюдением гигиены зрения в домашних условиях, в детских садах и, следовательно, зависит от родителей и персонала детских учреждений.

Важнейшим принципом гигиены зрения является рациональное освещение: достаточная освещенность помещения, где находится, играет, проводит длительное время ребенок. Это касается интенсивности и равномерности освещения. При слабой освещенности орган зрения работает напряженно, наступает его утомление, а слишком интенсивное освещение вызывает ослепленность. Не рекомендуется излишне близкое приближение предмета занятий к глазам, особенно с сильным наклоном головы вперед-вниз.

Для обеспечения функционального комфорта глаз, предупреждающего их утомление, необходим оптимальный подбор окружающей ребенка световой гаммы, рисунков, картинок, раскраски различных игр. Доказано, что наиболее благоприятными для зрения являются малонасыщенные цвета средней части видимого спектра (желто-зелено-голубые).

При длительной работе ребенка дошкольного возраста с книгой, альбомами, картинками и другими предметами, требующими напряженного использования органа зрения, необходимо через каждые 30—40 минут делать 10-минутные пере-

рывы. Обращается внимание на посадку при таких занятиях: она должна быть прямой, удобной, обеспечивающей не только хорошее обозрение предмета, но и нормальную функцию дыхания и кровообращения.

Для предупреждения утомления органа зрения следует создавать благоприятную эмоциональную обстановку, в частности, устранить резкие цветовые контрасты, быструю смену сильной и слабой освещенности, появление ослепляющих бликов на поверхностях. В этом отношении неблагоприятным фактором для детей является длительное пребывание у телевизора. В некоторых семьях бытует постоянный просмотр передач, а, пользуясь бесконтрольностью со стороны взрослых, дети могут часами смотреть самые различные, нужные и ненужные для них программы.

Ребенок, проводящий свое детство у телевизора, не становится образованнее. У него не только утомляется орган зрения, нервная система в целом, но он отвыкает от труда, теряет непосредственную связь с окружающей действительностью, природой. Эта связь осуществляется им условно, через призму действующих в телевизионной передаче лиц, а самостоятельная критическая оценка действительности, различных жизненных ситуаций не развивается.

Отлучать от телевизора ребенка не следует, но ограничить его пребывание у телеприемника просмотром детских программ в пределах до полутора-двух часов в день необходимо.

Перед поступлением в школу целесообразно показать ребенка офтальмологу с целью проверки состояния органа зрения, особенно в тех случаях, когда появляются какие-либо жалобы на нарушения его функции: боль, снижение остроты зрения, мелькание «мушек» в глазах. (Вопросам предупреждения и лечения заболеваний глаз у детей и взрослых, пожилых людей был посвящен недавний выпуск (№ 6, 1986) «Факультета здоровья» (А. И. Тартаковская «Рекомендации офтальмолога»).

О нервных детях, умственном и физическом переутомлении

Неврозами у детей дошкольного возраста называют нарушения функционального состояния нервной системы. Состояния повышенной детской нервности, как правило, обратимы. Устранение причин ее появления обеспечивается в комплексе общеоздоровительных мероприятий: закаливание, достаточное пребывание на свежем воздухе, соблюдение режима дня. В этих условиях невротические состояния обычно ликвидируются.

Основными причинами возникновения невротических состояний являются чаще всего интоксикация детского организма — наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы, аденоидные разращения), постоянное воздействие шума, особенно в крупных городах, конфликтные ситуации в семье, почти постоянное напряжение органов чувств (слуха, зрения), неправильное воспитание в семье ребенка (потакание его капризам, избалованность, изнеженность, отлучение от самостоятельности, отказ от приобретения трудовых навыков). В результате если вдруг не выполнить желание такого ребенка, его каприз, то это приводит к нервному срыву, а их учащение в конце концов к неврозу.

Такие дети, поступив в школу, попадают в необычную среду, с трудом вживаются в коллектив, иногда очень болезненно переживают отлучение от семьи, дома, часто удручены пребыванием в школе.

Для детей с неврозами характерен беспокойный сон, иногда прерывистый, быстрая физическая и умственная утомляемость, высокая степень раздражительности, неустойчивое настроение. Такие дети непоседливы, возбуждены. Они не могут сосредоточить внимание, легко отвлекаются, нередко жалуются на боли головные и в различных частях тела, органах, на потливость, головокружения, например при езде в транспорте. Эти жалобы усиливаются при волнениях.

Для уменьшения степени выраженности невротических реакций, ликвидации их необходим тесный контакт ро-

дителей с врачом-невропатологом, рекомендации которого кладутся в основу лечения. Прежде всего следует ликвидировать хронические очаги инфекции, строго соблюдать режим дня. Длительно, на несколько недель ребенку назначают успокаивающие нервную систему препараты валерианы или пустырника. Медикаментозные средства самостоятельно давать ребенку запрещается, можно применять лишь те лекарства, которые назначены врачом-невропатологом.

Очень характерна для детей дошкольного возраста быстрая утомляемость, физическая и умственная, обусловленная физиологическими особенностями детского организма. Повышение устойчивости детского организма к факторам, приводящим к частой утомляемости, целесообразно начинать уже за год-полтора до поступления ребенка в школу.

Физическая и умственная утомляемость сказывается отрицательно на восприятии учебного материала в школе, качество обучения в значительной мере снижается, успеваемость ухудшается. Поэтому уже в дошкольном возрасте необходимо воспитывать хорошую работоспособность будущего школьника в комплексе медицинских и педагогических мероприятий, о которых далее пойдет речь.

Специалистами по физиологии детского возраста установлен факт зависимости работоспособности ребенка от степени гармоничности его развития. Физическая работоспособность в достаточной мере обеспечивается нормальным физиологическим развитием ребенка.

Конечно, физически дети развиваются неодинаково, строго индивидуально и в дошкольном возрасте. При пропорциональном развитии со свойственным возрасту нормальным соотношением роста и массы тела (веса) мышечная сила выше в сравнении с теми детьми, у которых рост в значительной степени опережает массу тела.

Вот почему дошкольникам высокого роста рекомендуются физические упражнения, направленные на усиление развития мышечной системы, что достигается подбором соответствующих физических упражнений, более подвижных игр. Таким детям следует строго выполнять режим дня, совершать постоянно удлиняющиеся по расстоянию прогулки, выполнять физические упражнения, направленные на развитие координации движений, чувства равновесия и ориентирования в пространстве, ловкости и быстроты реакции.

При выборе комплекса физических упражнений и двигательных игр учитываются, конечно, состояние здоровья ребенка, физическая подготовленность его, индивидуальные особенности. Правильно организованная и хорошо подобранная двигательная активность доставляет детям радость, удовольствие в умении ловко делать то или иное упражнение. Без этого у детей не появляется интерес к физическим упражнениям, играм. Это относится и к привитию трудовых навыков. А полученные еще в дошкольном возрасте навыки у детей сделают успешными выполнение более сложных трудовых действий, занятий физической культурой в школе.

Такая двигательная активность хорошо тренирует функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. Известно, что после физической нагрузки обычно учащаются пульс и дыхательные движения, а у тренированного ребенка учащение дыхания и пульса выражено слабее и исчезает быстрее, что является признаком выносливости.

У детей с избыточной массой тела (полнота, ожирение) выносливость и работоспособность значительно снижены по сравнению с детьми, у которых соотношение массы тела (веса) и роста соответствует возрастным нормативам. Поэтому выполнение физкультурных упражнений, подвижные игры вызывают у них быстрое физическое утомление (сердцебиение, одышку, неприятные ощущения в мышцах). При этом утомление у детей с ожирением снимается более медленно, также долго восстанавливается работоспособность. Такие дети испытывают трудности от достаточно продолжительных занятий в школе.

Почему уделяется так много внимания двигательной активности ребенка дошкольного возраста? Ответ может быть только однозначным: надо приучить ребенка к физической культуре, чтобы двигательная активность с малых лет стала повседневной физиологической потреб-

ностью человека. И это поможет предупредить развитие физического переутомления в школе.

В настоящее время в связи с изменившимися условиями труда и быта людей одной из основных проблем сохранения их здоровья является преодоление гиподинамии, то есть недостаточной двигательной активности, приводящей к ожирению, предрасполагающей к заболеваниям сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и других систем.

Основной формой развития двигательной активности детей дошкольного возраста являются подвижные игры. Не следует родителям забывать и о физкультурном движении — различных кружках, группах общей физической подготовки, секциях при добровольных спортивных обществах.

Допуск дошкольников к занятиям в спортивных секциях осуществляется только с разрешения детского врача, после тщательного обследования в поликлинике. В противном случае значительные по интенсивности физические упражнения, спортивные тренировки вызовут перегрузку организма ребенка с тяжелыми последствиями для него. Двигательная активность ребенка дошкольного возраста должна стимулироваться с учетом индивидуальных особенностей его организма, показателей физического развития, функционального состояния внутренних органов.

Рассмотрим теперь вопросы об умственной работоспособности ребенка и об умственном переутомлении в дошкольном возрасте.

В связи с наблюдающимся явлением акселерации — ускорением физического развития детей всех возрастов — возник вопрос и о скорости их умственного развития. Действительно, осуществляется ли умственное развитие в данном случае одновременно с физическим или оно отстает? Результаты исследования детей школьного возраста показывают, что среди школьников с ускоренным физическим развитием в 88 % случаев развиваются соответственно быстро и умственные способности, в то время как среди детей с обычными темпами физического развития только в 44 % случаев.

У детей дошкольного возраста подобной закономерности установить не удалось, но у детей 5—6 лет с ускоренным физическим развитием отмечено наличие более развитой памяти, выявлены больший объем знаний, выраженный интерес к окружающей среде. Однако, как и у остальных детей со средними показателями физического развития, снижение умственной работоспособности наступает довольно быстро. При этом нарушается прежде всего их внимание: они отвлекаются, смотрят по сторонам, при чтении или беседах с ними задают вопросы, не относящиеся к теме разговора.

Исследования показывают, что при напряженной умственной деятельности количество сокращений сердца увеличивается, умеренно повышается артериальное давление. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи функции центральной нервной и сердечно-сосудистой систем: даже незначительные отклонения в этой взаимосвязи приводят к умственному утомлению, результатом которого является снижение работоспособности.

Тренировка умственной работоспособности в этом возрасте, а тем самым и профилактика утомляемости детей в школе достигается постепенным увеличением информации для них в течение последних двух лет перед поступлением в школу (чтение книг, устные рассказы, прослушивание детских радиопередач и т. д.). Вместе с тем обращается серьезное внимание на укрепление здоровья и функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, чему способствуют систематические занятия физкультурой соответственно возрасту (утренняя гимнастика, оздоровительный бег, подвижные игры, особенно на свежем воздухе, прогулки в любую погоду, короткие пешие походы, катание на лыжах, санках), чередование умственных и физических нагрузок, овладение трудовыми навыками, строгое соблюдение режима дня.

Здоровый, хорошо тренированный, физически развитый, с определенными трудовыми навыками ребенок дошкольного возраста хорошо адаптируется к школьной обстановке и без каких-либо трудностей овладевает школьной программой обучения.

Хотелось бы еще раз обратить вни-

мание родителей на элементы трудового воспитания детей дошкольного возраста. Нередко, особенно когда в семье только один ребенок, об этом забывают, стремятся освободить его от всех дел и занятий, которые он может выполнить самостоятельно, например, аккуратно сложить свою одежду, убрать постель. Приобщение к труду способствует воспитанию воли, принятию самостоятельных решений, преодолению трудностей, что так нужно при обучении в школе и в жизни.

[illegible] гигиенического [illegible]

Обычно к трем годам дети уже умеют самостоятельно раздеваться и одеваться, моют руки перед едой. Задача родителей постепенно и последовательно обучать ребенка новым гигиеническим навыкам, не забывая о возрастных и индивидуальных особенностях своего ребенка.

Дети дошкольного возраста нередко требуют обоснования тех или иных указаний взрослых и, что особенно важно, выполнения самими взрослыми того, чего они хотят добиться от ребенка. Например, если ребенок видит, что родители моют руки перед едой, после туалета, приходя с улицы, а также утром и на ночь, то и ребенок будет считать это обязательным и естественным.

Но вот когда день, полный интересных и важных дел, подходит к концу, малышу хорошо не просто умыться, вымыть руки и ноги, но и принять теплый душ. Не забывайте, что ребенок в этом возрасте очень подвижен, теплоотдача его усилена, да и за день вряд ли обойдется без падений. Трудно понять семьи, где ребенок купается один раз в неделю. Не лишайте малыша радости встречи с водой, приучайте его к чистоте, развивайте в нем отвращение к грязи!

Очень хорошо, если в ванной у ребенка есть свое мыло, ему необходимо личное полотенце (посмотрите, чтобы оно висело достаточно низко и ребенку удобно было его доставать), зубная паста и щетка.

Необходимо учить ребенка чистить зубы. Очень важно, чтобы с самого начала малыш правильно пользовался зубной щеткой. Она должна быть с маленькой головкой из искусственной щетины. Рекомендуется пользоваться лечебно-профилактической пастой «Чебурашка». Чистить зубы надо не менее 3—5 минут, 2 раза в день — утром и вечером перед сном. Движения щеткой должны идти от десны к зубу, вертикально. Вначале очищают поверхность зубов со стороны губ, затем со стороны языка, в конце жевательную их поверхность. Правильная регулярная чистка зубов должна стать гигиенической привычкой на всю жизнь. Рекомендуется приучать уже с 2—3-летнего возраста, с тем чтобы к 4 годам эта необходимая процедура стала привычкой.

Очень важно, чтобы у ребенка была своя расческа. Необходимо приучить его причесываться 1—2 раза в день. Моют волосы детским мылом или специальным детским шампунем обычно 1 раз в неделю. Чистые волосы хорошо споласкивать настоем крапивы или ромашки.

К сожалению, нередко на приеме и в больнице мы видим детей с большими грязными ногтями. Это некрасиво, создает впечатление, что ребенок не знаком с основами гигиены. Еще более опасно, когда малыш грызет ногти: скапливающиеся под ногтями микробы, яйца глистов могут вызвать у него тяжелые заболевания, глистную инвазию.

Необходимо приучать ребенка к самостоятельности. В тех же случаях, когда не все получается сразу, надо терпеливо ему объяснять и помогать. Дети дошкольного возраста должны принимать посильное участие в уборке комнаты, поиграв, убирать игрушки, книги, помогать старшим заботиться о домашних животных, рыбках, поливать цветы. Хорошо, если вы купите маленький веник, лейку и др.

Не надо излишне оберегать малыша от работы. Например, вы купили продукты для дома и ребенок хочет вам помочь — обязательно дайте ему что-то нести и не забудьте похвалить за внимание и помощь, сказать, какой он стал большой и сильный.

Наблюдая детей дошкольного возраста, часто видишь, что родители не научили их вести себя за столом. Ребенок в возрасте 4—7 лет должен ак-

куратно есть, уметь пользоваться ложкой, вилкой и ножом, не разговаривать с пищей во рту, тщательно ее пережевывать. Дошкольнику пора уметь самостоятельно пользоваться салфеткой, знать, что после еды полощут рот. Важно приучить его к этому.

Как приятно общаться с маленьким человеком, выполняющим все вышеуказанные рекомендации. Как хорошо думается о родителях, воспитавших такого культурного ребенка. Не жалейте времени и сил, так как именно в дошкольном возрасте заложенные основы гигиены помогут ребенку вырасти здоровым, воспитанным человеком.

Борьба с хроническими очагами инфекций

Все, о чем здесь говорилось, касалось здорового ребенка. Залог успеха в обеспечении здоровья дошкольника в очень ответственный для него период подготовки к школе кроется в хорошем контакте семьи и участкового детского врача, семьи и поликлиники, родителей и воспитателей детских садов.

Многие родители на приеме у врача жалуются: мой сын (или моя дочь) часто болеет; несколько дней ходит в детский сад, а неделю-две лечится дома, чаще всего от ОРВИ (острые инфекции дыхательных путей). Некоторые из них просят лекарства, которые помогли бы ребенку обрести здоровье. Из бесед с такими родителями выясняют, что ребенок не делает утреннюю зарядку, не дружит с водой, малоподвижен и часто очень тепло одет, «чтобы не заболеть».

Вместе с тем в последние полтора-два десятилетия увеличилась распространенность среди детей дошкольного возраста, проживающих в городах, таких заболеваний, как тонзиллит, аденоидит. Это объясняется более частыми вирусными болезнями верхних дыхательных путей, которые ослабляют общие и местные (органы носоглотки) защитные механизмы детского организма. Кроме того, распространение вирусных заболеваний в городских условиях происходит гораздо быстрее вследствие большой плотности населения.

Другой причиной увеличения вышеуказанных заболеваний является загрязненность воздуха в городах выхлопными газами автомобилей, выбросами индустриальных предприятий, городской пылью. Эти примеси в воздухе, попадая при дыхании в носоглотку, постоянно раздражают слизистую оболочку, а также ткань миндалин и аденоидов, способствуя возникновению бактериального воспаления в них.

Нередко в этих условиях поражения носоглотки приобретают затяжное хроническое течение, хотя дети ведут обычный образ жизни: посещают детские учреждения (детские ясли, сады), сохраняют подвижность в играх, свойственную для этого возраста, то есть считаются практически здоровыми.

Наличие хронических очаговых поражений органов носоглотки нередко приводит к появлению воспаления в близлежащих тканях, органах, например в придаточных пазухах носа, к заболеваниям внутренних органов — сердца, почек, желчных путей и др. Кроме того, в хронических очагах инфекции постоянно находятся микроорганизмы, продукты жизнедеятельности которых вызывают интоксикацию — отравление организма ребенка. Вследствие этого повышается утомляемость ребенка, снижается его физическая и умственная работоспособность.

Вот почему важнейшим мероприятием по оздоровлению ребенка перед его поступлением в школу является ликвидация очагов инфекции в носоглотке. С этой целью своевременно проводят осмотр в поликлинике у специалиста по ЛОР-заболеваниям, получают его рекомендации. Существует два метода лечения тонзиллита у детей: консервативный и оперативный (удаление миндалин) в зависимости от формы заболевания. Удаление миндалин производится лишь при частых обострениях (чаще двух раз в год) хронического тонзиллита, выраженных признаках интоксикации: если длительно держится температура (в пределах 37,5 градуса), снижается аппетит, повышается утомляемость, появляется вялость. В остальных случаях осуществляется консервативное лечение: промывание миндалин, воздействие ультразвуком, ультрафиолетовым облу-

чением, УВЧ, ингаляциями с помощью антибактериальных средств. Все эти методы проводятся в поликлинике.

В домашних условиях рекомендуются систематические полоскания ротовой полости дезинфицирующими растворами фурациллина, соды (для растворения гнойных пробок в миндалинах), отварами и настоями лекарственных трав (календулы, ромашки, шалфея). Полоскания проводятся ежедневно с наступлением холодной погоды — по 2—3 недели подряд (с 10—12-дневными интервалами).

Профилактика тонзиллита осуществляется проведением общегигиенических мероприятий: закаливание, полноценное питание по возрасту, соблюдение чистоты комнаты, где находится постоянно ребенок, выезды за город на летний период, в выходные дни.

Бытующее среди родителей мнение о том, что удаление миндалин приносит вред здоровью, в частности, половому развитию детей, совершенно необоснованно. Аденоидные разращения II—III степени подлежат обязательному удалению, так как, затрудняя носовое дыхание, они постепенно приводят к отставанию умственного и физического развития.

Другим весьма распространенным видом очаговой инфекции в организме ребенка является кариес зубов — болезненный процесс, сопровождающийся разрушением твердых тканей зубов с образованием в них полостей.

Кариес зубов широко распространен в дошкольном возрасте, но чаще встречается у городских детей. Распространенность его зависит от климато-географической зоны проживания детей, химических свойств питьевой воды, особенностей в условиях жизни, в характере питания. Число пораженных кариесом зубов детей колеблется в весьма широких пределах от 56,5 до 100 % в различных районах.

Можно считать, что к появлению кариеса зубов в дошкольном возрасте приводят нарушения формирования зачатков зубов во внутриутробном развитии плода вследствие заболеваний матери во время беременности, в частности нарушений обмена веществ. Риск создают увлечение различными лекарствами в этот период и токсикозы беременности. Неполноценное, назначенное не по возрасту питание ребенка, несоблюдение правил гигиены его ротовой полости, тяжелые детские заболевания (инфекционные, рахит, дистрофия, гиповитаминозы) сказываются на состоянии зубов, ведут к появлению кариеса.

Как известно, у детей до 5—7 лет имеются молочные зубы, которые затем сменяются постоянными. Кариес молочных зубов развивается быстрее, чем постоянных. Поэтому разрушение молочных зубов и образование полости в них происходят в короткие сроки. В полости кариозных зубов находится различная бактериальная флора, включающая и болезнетворную, вследствие чего в желудок с пищей, слюной постоянно попадает большое количество бактерий. Такое постоянное инфицирование желудочно-кишечного тракта вызывает снижение аппетита, угнетение секреторной функции желудка. Как и любая очаговая инфекция, кариозные зубы оказывают существенное влияние и на общее состояние ребенка, могут приводить к возникновению заболеваний внутренних органов.

В период подготовки детей к школе оздоровлению (санации) зубов уделяется много внимания. К моменту поступления в школу все кариозные зубы должны быть санированы. Профилактика кариеса зубов начинается еще до рождения. Правильно протекающая беременность у здоровой женщины обеспечивает нормальное развитие плода — формирование зачатков внутренних органов, в том числе зубов. Сбалансированное полноценное питание беременной женщины, кормящей матери, правильное вскармливание ребенка первого года жизни и рациональное питание его в дальнейшем являются важнейшими факторами предупреждения кариеса зубов.

Способствует устранению главных вызывающих кариес факторов соблюдение гигиены полости рта. Прежде всего удаление мягкого налета на зубах, остатков пищи в межзубных промежутках и у шеек зубов. Зубной налет удаляется с помощью зубной щетки в процессе чистки зубов. Для удаления остатков пищи из межзубных промежутков движения зубной щетки должны

быть вертикальными — вдоль оси зуба.

Длительность чистки зубов 2—3 минуты. Для чистки зубов следует употреблять специальные детские зубные пасты. После каждого приема пищи рекомендуется тщательное полоскание ротовой полости теплой водой для удаления остатков пищи. В этом суть профилактики кариеса зубов как хронического очага инфекции.

О риске возникновения болезней

В настоящее время врачами-педиатрами выделяются группы детей с повышенным риском возникновения тех или иных заболеваний. Выделение таких групп осуществляется в основном в дошкольном возрасте. Это дети, подверженные более частым простудным, аллергическим заболеваниям, болезням органов пищеварения, эндокринных желез.

Основной причиной более частых заболеваний у таких детей является отягощенная наследственность и наличие диатезов, например, экссудативного (аллергического). Под отягощенной наследственностью понимают наличие подобных болезней у родителей. Например, у детей, родившихся от родителей, страдающих хроническими заболеваниями органов пищеварения, легче и чаще возникают эти же болезни (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастродуоденит). У родителей, страдающих аллергическими заболеваниями, рождаются дети, у которых чаще возникают такие же болезни (экзема, нейродермит, бронхиальная астма).

Что касается экссудативного или аллергического диатеза, то причины более частого появления его в настоящее время пока не выяснены. Предполагается, что это явление обусловлено не только предрасположением из-за болезни родителей, особенно матерей, но и влиянием на развивающийся плод окружающей среды (различных химических веществ, применяемых в сельском хозяйстве, быту, содержащихся в выбросах различных предприятий, загрязняющих воду и воздух), а также изменившимся характером пищевых продуктов.

Дети, имеющие экссудативный (аллергический) диатез, чаще болеют заболеваниями дыхательных органов. У них постоянно возникают аллергические реакции на медикаменты, парфюмерные товары, вещества бытовой химии и функциональные нарушения кишечника, желчных путей.

Такие дети из групп риска возникновения перечисленных заболеваний должны не только находиться под наблюдением участкового врача, врачей специалистов (аллерголога, гастроэнтеролога, эндокринолога), но и обязательно пройти полную диспансеризацию перед поступлением в школу.

Нельзя преуменьшать и роль семьи в предупреждении таких заболеваний. При наличии у родителей аллергических болезней не следует включать в диету детей продукты, чаще других вызывающие аллергические реакции,— шоколад и изделия с ним, орехи, апельсины, мандарины и те продукты, на которые аллергическими реакциями отвечают сами родители.

Не следует такому ребенку давать никаких лекарств без согласования с врачом-педиатром. Рекомендуется в квартире, где живет ребенок, поддерживать особую чистоту, максимально избавляться от пыли, хлама. Предметы бытовой химии должны храниться в недоступных для ребенка местах. В квартирах, где проживают дети с аллергическими болезнями или с аллергической реактивностью, нельзя заводить домашних животных, включая птиц, аквариумы.

Для детей с риском возникновения заболеваний органов пищеварения рекомендуется соблюдение назначенной по возрасту диеты, режима питания, а также проведение систематических осмотров врачом-педиатром. При необходимости целесообразно провести консультацию и с детским гастроэнтерологом.

В тщательном врачебном наблюдении нуждаются дети, родившиеся недоношенными, перенесшие родовую травму, а также из семей, где имеются больные туберкулезом.

Значительно снижается сопротивляемость организма детей, родители которых систематически употребляют алкогольные напитки, не говоря уже об алкоголиках. Такие дети чрезвычайно

восприимчивы к различным заболеваниям.

КАК УКРЕПИТЬ ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА

Когда рассматривают подготовленность детей дошкольного возраста к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, имеют в виду такие факторы, как холод, жара, инфекционные болезни, различные физические и химические воздействия. Как уже говорилось, с каждым годом по мере развития ребенка совершенствуются физиологические механизмы его организма, направленные на обеспечение приспособляемости к постоянно изменяющимся условиям жизни, и необходимо лишь регулировать эту приспособляемость, направлять.

К таким мероприятиям относятся профилактические прививки для предупреждения инфекционных заболеваний, закаливание для повышения устойчивости к воздействию неблагоприятных погодно-климатических условий.

Для предупреждения инфекционных заболеваний у детей раннего и дошкольного возраста проводятся различные прививки. В основном профилактические прививки назначаются против полиомиелита, кори, дифтерии, столбняка, коклюша. Первичные прививки (вакцинация) начинаются в младшем детском возрасте — в первые два года жизни. Однако для поддержания хорошего иммунитета, то есть невосприимчивости к таким инфекциям, в дошкольном возрасте проводится дополнительное введение вакцин — ревакцинация.

Родителям следует помнить о том, что ревакцинация необходима для сохранения высокой степени невосприимчивости к основным детским инфекционным заболеваниям. Календарь профилактических прививок составлен с учетом особенностей детского организма, чтобы избежать поспепрививочных реакций. Нарушение его приводит к недостаточности выработанного иммунитета против той или иной инфекции. Освобождение от прививок решается врачом-педиатром, но никак не родителями.

«Секреты» закаливания

Что же посоветовать всем тем родителям, дети которых столь часто огорчают их простудными заболеваниями? Ребенка необходимо закаливать.

Сами же родители, рассказывая, например, о летнем отдыхе, с удивлением замечают, что такой ребенок бегал целыми днями в трусиках и майке, босиком даже в прохладную погоду, купался в озере чуть ли не до конца сентября в достаточно прохладной воде, попадал под дождь, но не болел. А дома? «Дома мы очень следим, чтобы не было сквозняков, тепло одеваем ребенка, купаем при температуре воды 36—37 °, не даем пить ничего холодного — делаем все, чтобы не простужался, а он так часто болеет!» Не секрет, что все это и способствует частым заболеваниям ребенка и отнюдь не предупреждает простуживания.

Средства закаливания не требуют ничего хитроумного, они просты и доступны. Прежде чем приступить к изложению методов закаливания, несколько слов о механизме воздействия закаливающих факторов.

Под закаливанием понимают воздействие различных естественных факторов (воздуха, воды, солнца) на организм ребенка с целью повышения его устойчивости к переохлаждению, простудным заболеваниям и инфекциям, повышения жизненного тонуса.

Закаливающие факторы воздействуют прежде всего на сосуды и нервные окончания кожи. Первоначально используются кратковременные и слабые воздействия, усиливающиеся в дальнейшем. В этом случае происходит формирование сосудистых рефлексов, благодаря которым у закаленных детей ответные реакции, например на холод, бывают более совершенными, быстрыми, интенсивными, чем у незакаленных. Вот почему такое большое значение в перестройке механизма теплообмена играет центральная нервная система.

Изнеженность ребенка, тепличная обстановка дома приводят к сужению диапазона работы теплорегуляционных механизмов, их растренированности. Не случайно так благотворно сказывается закаливание на функциях сердечно-со-

судистой, дыхательной и других систем организма. В результате изменений, происходящих в организме ребенка под влиянием закаливания, улучшаются обменные процессы, повышается реактивность организма.

Различают общие и местные закаливающие процедуры. В результате общих процедур закаливающий фактор действует на всю поверхность тела, при местных же — на определенную часть тела: лицо, туловище, конечности. Необходимо помнить, что и при местном воздействии возникает общая реакция организма ребенка.

Лучше всего закаливание начинать летом, а затем постоянно продолжать в течение года. Не рекомендуется начинать закаливание при повышенной температуре тела, при острых заболеваниях либо при обострениях хронических процессов.

Перед началом закаливания следует посоветоваться с участковым педиатром, хорошо знающим ребенка, который может предложить индивидуальный план закаливающих процедур для него. Если же не имеется такой возможности, запомните основные правила закаливания:

учет индивидуальных особенностей организма;

систематичность, последовательность и постепенность применения процедур;

комплексное использование средств и методов.

И еще один совет. Особенно эффективно закаливание при хорошем настроении ребенка, так как в этом случае легче происходит выработка условных рефлексов. При плохом настроении ребенка и нежелании его проводить закаливающие процедуры ни в коем случае недопустимы окрик и принуждение. У ребенка столь же легко может выработаться отрицательный рефлекс, а в дальнейшем угнетение приспособительных механизмов и как следствие снижение сопротивляемости организма.

В романе П. А. Павленко «Счастье» врач Комков говорит больному: «Ваша болезнь требует простого лекарства — воздуха. Побольше его и наяву и во сне, нужно насквозь продуть себя, омыть каждую клетку свою свежим воздухом... Есть на открытом воздухе, а спать непременно. Итак, учитесь дышать. Привыкайте относиться к воздуху как к пище... ощущайте на вкус и запах, наслаждайтесь им... Пейте только проточный воздух».

Закаливание воздухом — наиболее простая и эффективная форма закаливания. Как закаливающий фактор воздух оказывает воздействие практически на все системы в организме: дыхательную, сердечно-сосудистую, нервную, обмен веществ.

Температура воздуха во время приема воздушных ванн вначале должна быть комфортной (19—20 °С). Хорошо сочетать воздушные ванны с утренней гимнастикой, занятиями физкультурой или подвижными играми. Температура воздуха при этом может быть ниже — 17—18 °С. Если начинать воздушные процедуры целесообразно с 3—5 минут, то в дальнейшем время процедур следует увеличивать до 30—45 минут.

В начале таких занятий ребенок должен быть одет в легкий тренировочный костюм, затем постепенно облегчают одежду (особенно осторожно у часто болеющих детей), обнажая руки, потом ноги. Недели через 2—3 оставьте ребенка в майке и трусах или только в трусах.

Благотворное воздействие на организм ребенка оказывает свежий, чистый воздух во время прогулок, особенно в парке, в лесу. Здесь легче дышится, быстро снимается усталость, появляется жизнерадостность и бодрость.

Дети старшего дошкольного возраста, часто болеющие простудными заболеваниями, должны гулять 2 раза в день в течение 1,5—2 часов в холодное время года, а в летнее время неограниченно.

Не забывайте одевать ребенка соответственно погоде, не кутайте его! Помните, что это приводит к ослаблению организма, снижает его сопротивляемость.

Очень хорошо сочетать прогулки со спортивными развлечениями (коньки, лыжи, велосипед, бадминтон), подвижными играми.

Противопоказания к закаливанию воздухом: острые респираторные вирусные заболевания, острые инфекционные заболевания, повышение температуры по неясной причине, хронические заболевания в стадии обострения.

После приема воздушных ванн целесообразно проведение водных процедур. Естественное продолжение воздушных процедур — закаливание водой. Различают следующие водные процедуры (по мере увеличения силы воздействия): обтирание, обливание, ванны, душ и купание в реке, озере, море. Благотворная сила процедур связана с возможностями постепенного увеличения площади «контакта» с водой и времени ее воздействия, понижения ее температуры.

Вот почему закаливание рекомендуется начинать с обтирания. Для этой цели шьют рукавичку из махрового полотенца или фланели. Обтирание лучше проводить по утрам после утренней гимнастики. Начинать следует с температуры воды не ниже 34—36 °, обтирают вначале шею, руки, грудь, затем живот, спину.

Часто болеющим детям рекомендуем в первые несколько дней сухие обтирания и лишь затем влажные. Каждые 3 дня температура воды снижается на 1 °С и достигает 22 °С. Продолжительность влажных обтираний 3—4 минуты. Заканчивается процедура растиранием сухим полотенцем.

Если ребенок хорошо переносит обтирание, то через 1—1,5 месяца можно перейти к обливаниям. Температура воды при этом должна быть на 1 °С выше той, какая применялась для обтирания. Продолжительность обливания 1—2 минуты, каждые 3—4 дня температура воды снижается на 1 °С и достигает 17—15 °С.

Действенным методом закаливания водой является душ, сочетающий воздействие воды с массажем. Продолжительность процедуры 1—2 минуты. Температура воды в начале процедур должна быть 35—32 °С, постепенно (в днях) снижаясь до 20—18 °С. Температура в помещении, где проводятся обливания и душ, не должна быть ниже 20 °С.

Очень важное значение в закаливании занимают водные процедуры для ног. Охлаждение ног у нетренированных детей нередко вызывает простудные заболевания. Чтобы избежать этого, необходимо с детства приучить ноги к холодной воде. Особенно важно сделать это часто болеющим простудными заболеваниями. Закаливание ног оказывает тренирующее систематическое воздействие, понижается чувствительность к переохлаждению.

С целью закаливания рекомендуется обмывать или обливать ноги ребенку ежедневно холодной водой в течение года. Лучше всего делать это вечером — перед сном. Начинать процедуры необходимо водой с температурой 33—30 °С. В дальнейшем температуру воды можно снижать до 16—12 °С в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей ребенка. После обмывания или обливания не забудьте растереть ноги сухим полотенцем до легкого покраснения кожи. Длительность процедур 1—2 минуты.

Доступным и эффективным методом закаливания являются ножные ванны. Ребенок опускает ноги до середины голеней в таз с водой температурой — 37 °С. Через каждые 3 дня температура воды снижается на 1 ° до нижних пределов 16—12 °С. Длительность процедур 1—2 минуты.

Более сильное воздействие на организм ребенка оказывают контрастные ножные ванны, но их следует применять только после освоения рассмотренных методов закаливания. Для проведения этой процедуры емкости (два таза или ведра) наполняют водой: одну температурой 37—38 °С, а другую на 3—4 ° ниже. Ребенок погружает ноги на 2 минуты в первую емкость и затем на 5 секунд — во вторую. Каждые 3 дня температура более прохладной воды снижается на 1 ° и доводится до 18—20 °С. За одну процедуру ноги погружаются в каждую емкость попеременно 3—4 раза. Заканчивают процедуру обязательно в холодной воде. После ванны ноги растирают полотенцем. Необходимо помнить, что лучшее время для проведения ножных ванн 18—19 часов, ноги перед этим необходимо согреть физическими упражнениями, бегом.

В летнее время наиболее привлекательным методом закаливания является купание. Для детей дошкольного возраста, особенно часто болеющих простудными заболеваниями, купание начинают при температуре воды не ниже 22 °С и температуре воздуха 25—26 °С, продолжительность 3—5 минут. Первое время ребенку лучше купаться 1 раз в день во второй половине дня, когда вода больше прогревается. Постепенно продолжи-

тельность купания можно увеличивать до 15—20 минут. В дальнейшем, когда ребенок привыкнет к прохладной воде, его можно купать и 2 раза в день с интервалом в несколько часов.

Напоминаем несколько правил, которые необходимо соблюдать при купании ребенка:

не рекомендуется купаться натощак или сразу после еды (лучше спустя 1—1,5 часа);

не пускайте ребенка в воду охлажденным или потным;

в воде ребенок должен постоянно находиться в движении;

при появлении озноба немедленно выведите ребенка на берег и разотрите сухим полотенцем.

Нельзя купаться детям с признаками заболевания — повышенной температурой, катаральными явлениями (кашель, насморк), заболеваниями почек, острыми болезнями желудочно-кишечного тракта.

Закаливание детей может быть достигнуто не только водными процедурами. Полезно для них просто ходить босиком. Врачи-педиатры давно заметили, что дети, которые ходят босиком, реже болеют простудными заболеваниями.

Начните приучать ребенка ходить без обуви летом — по траве, песку, камням, по вечерней, а затем и по утренней росе. Если же ребенок часто болеет, ослаблен, рекомендуем начать с хождения по квартире в носках, а затем босыми ногами — утром и вечером — по 10—15 минут. Каждый день необходимо удлинять это время на 5 минут. Приблизительно через 1 месяц можно выходить на улицу, в парк. Запомните, хождение босиком полезно не только детям, но и взрослым.

Наиболее мощный закаливающий фактор — солнечные лучи. Солнечный свет стимулирует кровообращение, активизирует обмен веществ, тонизирует нервную систему, способствует синтезу некоторых витаминов и целому ряду положительных явлений в деятельности организма. Губительно действует солнечный свет на различные болезнетворные бактерии, возбудителей многих заболеваний.

К закаливанию солнечными лучами лучше всего приступать после 7-дневного приема воздушных ванн, когда продолжительность их достигнет 40—60 минут.

Напомним несколько правил, соблюдение которых обязательно для детей дошкольного возраста. Перед приемом солнечной ванны ребенок в течение 15—20 минут принимает воздушную, играя в тени дерева, под тентом или навесом. Наилучшим временем проведения солнечного облучения в средних широтах является 10—12 часов дня при температуре воздуха в тени 18—20 °С. Не рекомендуется принимать солнечные ванны натощак и раньше чем через 1,5—2 часа после еды. Наиболее удобно проводить солнечные ванны при лежачем положении ребенка на надувном матрасе, топчане, любом деревянном ложе.

Однако, если ребенок не хочет лежать, не надо настаивать, так как сочетание влияния солнца и движений повышает эффективность закаливания. Только ребенок должен быть обязательно в панаме или легкой кепке.

Если первую солнечную ванну не следует продолжать более 2—5 минут, то в каждый следующий день прибавляйте по 2 минуты и постепенно доведите процедуру до 10—15 минут. Принимают солнечные ванны до 2—3 раз в день.

Чтобы избежать ожогов, ребенок постепенно поворачивается в такой последовательности: передняя поверхность тела, правый бок, живот, спина, левый бок. После окончания солнечной ванны хорошо облить ребенка водой, а если вы на берегу водоема, моря — искупать, а затем предоставить ему возможность отдохнуть в тени.

При проведении солнечных ванн будьте особенно внимательны к самочувствию ребенка. В случае появления бледности, слабости, тошноты, озноба, рвоты, головной боли, плохого сна его необходимо срочно показать детскому врачу, так как возможно, что у ребенка возник солнечный удар. До прихода врача уложите малыша в постель, измерьте температуру, обеспечьте ему обильное питье.

Злоупотребление пребыванием на солнце может привести и к ожогам. Известны ожоги трех степеней. При ожоге I степени отмечается покраснение кожи, чувство жжения, болезненность при при-

косновении, повышение температуры кожи на месте ожога. Обычно спустя сутки состояние ребенка нормализуется.

В случае ожога II степени все проявления более выражены, а через 8—10 часов появляются пузыри, наполненные прозрачной жидкостью. Нарушается общее состояние ребенка (головная боль, повышение температуры). Ожог III степени характеризуется выраженной общей реакцией организма (резкое повышение температуры, отсутствие аппетита, головная боль, развивается повышенная возбудимость или заторможенность).

Повышенная температура тела ребенка, расстройство пищеварения (тошнота, рвота, понос), острые воспалительные заболевания, туберкулез и другие болезненные состояния — основные противопоказания к приему солнечных ванн.

«Банный» день дошкольника

Отличным закаливающим средством, обладающим и профилактической направленностью, является русская баня и сауна. Пар и сухой жар с давних времен широко использовались для сохранения и укрепления здоровья.

Установлено, что под влиянием этих факторов тренируется сердечно-сосудистая система (усиливается крово- и лимфообращение, увеличивается сердечный выброс крови, улучшается циркуляция крови за счет включения в кровоток так называемой резервной крови), улучшается газообмен и вентиляционная способность легких (дыхание становится глубже, возрастает резерв легочной вентиляции). Особенно полезно посещение русской бани или сауны детям, часто болеющим острыми респираторными заболеваниями. Регулярное посещение бани, сауны положительно влияет на снижение частоты, тяжести и длительности течения острых респираторных заболеваний.

Итак, вы решили взять ребенка в баню или сауну. Наиболее оправданно первое посещение в возрасте 4—5 лет. При входе в парную большинство детей поначалу испытывают волнение, а иногда и страх. Однако их успокаивает возможность быстро вернуться в естественную температурную среду. Обычно после второго или третьего посещения бани (сауны) процедура начинает детям нравиться, и они не испытывают перед ней никакого страха.

Что необходимо знать, идя в баню или сауну с ребенком. Во-первых, что у него нет противопоказаний: врожденного порока сердца, хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, печени, а также эндокринных нарушений и заболеваний, сопровождающихся судорогами. Запомните, что баня (сауна) противопоказана при острых инфекционных заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой.

Во-вторых, при первом посещении бани или сауны с ребенком надо обращаться исключительно мягко, не следует заставлять его насильно что-либо делать. Постепенно дети адаптируются к более высокой температуре и к резким температурным контрастам. Дети очень быстро привыкают к бане (сауне). За время одного сеанса рекомендуется трехкратное посещение парной с последующим охлаждением.

Пребывание в парной первое время может ограничиваться 1—2 минутами, а в последующем быть доведено до 5 минут. Когда ребенок привыкнет, можно с его согласия похлестать его в парной веником. В дальнейшем дети могут париться с веником самостоятельно. После третьего, заключительного посещения парной дети должны отдохнуть в течение 20—30 минут. После бани (сауны) дети охотно попьют чай, соки.

В беседах с врачом родители часто спрашивают, в какую баню лучше пойти с ребенком: в русскую или сауну? Бани эти имеют различные микроклиматические условия. В русской бане, как правило, температура воздуха 40—60 °С при 90—100 % относительной влажности, тогда как в сауне 70—80 °С при 5—15 % влажности. Но сухой воздух сауны легче переносится детьми. Посещение сауны, например, предусмотрено в программах оздоровления яслей, детских садов и школ в Чехословакии.

Посещение бани (сауны) оказывает положительное влияние на формирование характера у детей дошкольного возраста. Они становятся более решитель-

ными, настойчивыми, смелыми и организованными.

Несколько слов о купании детей в ледяной воде. Благодаря телевидению и ряду популярных изданий опыт некоторых семей по купанию детей раннего возраста в ледяной воде стал широко известен. И при встречах с родителями постоянно поднимается вопрос о целесообразности подобного закаливания.

На сегодняшний день говорить о массовом распространении купания детей в ледяной воде, конечно, рано. Нет научно обоснованной, проверенной методики, не определены показания и противопоказания к началу занятий у детей разных возрастных групп с различным уровнем здоровья. Но главное, не ясны отдаленные последствия, особенно у девочек.

А ведь предостаточно других, более проверенных и безопасных методов закаливания, например изложенных выше, которые позволяют укрепить здоровье детей. И такие занятия должны быть праздником души и тела.

В этой связи хотелось напомнить, что все большую популярность приобретает семейный отдых. Хорошо всей семьей отправиться в лес, парк или на стадион. Какой праздник для детей принять участие в соревнованиях вместе с родителями! Такие праздники, как «семейные старты», всегда собирают большое количество участников. И чтобы ребятам и взрослым по-настоящему было интересно, необходимо проводить предварительную подготовку.

Так, надо узнать количество участников, сколько будет детей и взрослых, каковы их возраст и возможности. Дети дошкольного возраста могут участвовать во многих играх и упражнениях, требующих координации, ловкости, находчивости. Неизменно весело и полезно проходят семейные эстафеты.

В летнее время можно предусмотреть использование ребятами велосипедов, самокатов, роликовых коньков, мяча; зимой — лыж, коньков, санок. Спортивные игры сменяются веселыми аттракционами, в которых ребята могут расслабиться, показать свою сноровку. Необходимо подготовить победителям памятные сувениры.

Такие праздники не только надолго запоминаются ребятам, но и служат действенным стимулом к последующим занятиям физической культурой, закаливанию организма.

Режим дня детей дошкольного возраста

Очень хорошо, если вы приучили ребенка жить по режиму с раннего возраста. Правильный режим дня дисциплинирует, способствует нормальному физическому развитию и укрепляет здоровье ребенка. Режим помогает правильно чередовать бодрствование и сон, физические и умственные нагрузки, придерживаться определенного времени приема пищи. Необходимо только учитывать при составлении режима возраст ребенка, состояние его здоровья и индивидуальные особенности.

Соблюдение режима дня должно отличаться определенностью, точностью и не допускать исключений, кроме тех случаев, когда они действительно необходимы и вызываются важными обстоятельствами. Только в этом случае ежедневное повторение режимных периодов благотворно сказывается на обменных процессах в организме ребенка, укрепляет его нервную систему.

Примерный режим дня дошкольника

Вид занятий и отдыха	Часы	
	1-й вариант	2-й вариант
Подъем	7.00	7.00
Утренняя зарядка, туалет, уборка постели	7.00—7.30	7.00—7.30
Завтрак	7.30—8.00	7.30—8.00
Игры, занятия	8.00—9.30	8.00—9.30
Прогулка	9.30—11.00	9.30—11.30
Второй завтрак	11.00—12.00	—
Дневной сон	12.00—14.00	—
Игры, занятия, прогулка	14.00—15.30	—
Обед	15.30—16.30	11.30—12.30
Дневной сон	—	12.30—14.30
Прогулка, игры	16.30—18.00	14.30—15.30
Полдник	—	15.30—16.00
Игры, преимущественно спокойные, прогулка	18.00—20.15	16.00—20.00
Ужин	20.15—20.30	20.00—20.30
Подготовка ко сну, туалет	20.30—20.45	20.30—20.45
Сон	21.00	21.00

Особенно важен правильный режим дня для детей, не посещающих детские учреждения. Замечено, что у таких детей чаще отмечается повышенная нервная возбудимость, им бывает трудно привыкнуть к режиму занятий в школе.

Здоровые дети в конце интересного дня, насыщенного физическими или умственными занятиями, быстро засыпают. Сколько ребенок должен отдыхать? Лучше, если дети в возрасте 3—4 лет имеют ночной сон с 20.30 до 7.30, а в 5—7-летнем — с 21.00 до 7.00. Обязателен дневной сон в течение 1,5—2 часов. Необходимо стремиться, чтобы ребенок просыпался после дневного сна не позже 15—16.00, иначе его трудно будет уложить спать вечером.

Глубже и спокойнее сон у ребенка происходит в хорошо проветриваемом помещении или в комнате с открытой форточкой (либо окном, в зависимости от времени года). В комнате, где спит ребенок, не следует громко разговаривать, зажигать свет, тем более смотреть телевизор или слушать радиоприемник, включенный на среднюю или полную громкость. Сон ребенка следует охранять, а при постоянных трудностях засыпания, беспокойном, поверхностном сне необходимо обратиться к врачу (педиатру или невропатологу). Обычно спят дети хуже после обильного ужина или слишком наигравшиеся перед сном в шумных, подвижных играх.

Несколько слов о дневном сне ребенка. Его необходимо сохранять до школы, а у ослабленных детей и в 1—2-х классах. Очень хорошо, когда ребенок спит днем на открытом воздухе (лоджия, балкон) круглый год. Если ребенок укладывается спать в одно и то же время, спокойно и глубоко спит, то он без усилий, радостно и быстро просыпается утром, встает бодрым.

Некоторые ребята после пробуждения долго остаются в постели, медленно встают, нерегулярно делают зарядку, долго и неумело одеваются. Таким детям трудно будет привыкать к режиму школьника.

Желательно начинать день ребенка с физических упражнений. Отлично, если зарядку делает вся семья на площадке во дворе, в сквере или парке. Зарядка помогает ребенку окончательно проснуться, получить в начале дня мощный стимул, обеспечивающий хорошую работоспособность.

Утренняя зарядка для дошкольников состоит из простых и понятных для ребенка физических упражнений. Ежедневное выполнение зарядки приводит к выработке у него потребности к движениям, хорошо сказывается на работе сердечно-сосудистой системы, обмене и кроветворении, создает положительный эмоциональный фон.

Продолжительность утренних упражнений в среднем 10—15 минут. Комплекс должен состоять не меньше чем из 7 упражнений. Обязательно включается ходьба, подготавливающая к выполнению основных упражнений, или бег в медленном темпе, заканчивающийся ходьбой.

Для детей с нарушениями осанки необходимы упражнения, выпрямляющие позвоночник,— потягивания с гимнастической палкой, скакалкой, на шведской стенке и т. п. Полезны упражнения, укрепляющие мышцы живота, спины, верхних и нижних конечностей. Заканчивается зарядка дыхательными упражнениями.

Необходимо проводить зарядку в хорошо проветренном помещении, а лучше круглый год на открытом воздухе. Одет должен быть ребенок соответственно температуре окружающего воздуха, надо стараться не одевать теплые вещи, помня, что при выполнении зарядки происходит значительная теплоотдача. Хорошо при выполнении упражнений использовать тренажеры, детский эспандер, гимнастическую палку, скакалку.

Полезно приучать ребенка после утренней гимнастики проводить водные процедуры: обтирание — ослабленным детям, более подготовленным — обливание, хорошо подготовленным — душ.

Теперь, когда необходимость утренней зарядки достаточно осознана, с завтрашнего дня и начинайте с нее день. Приводим примерный комплекс утренней гимнастики для детей 5—6 лет.

1. Ходьба, затем в течение 2 минут медленный бег.

2. Исходное положение — стоя, пятки вместе, носки врозь, пальцы слегка сжаты в кулак на уровне плечь. На счет «раз» — руки поднять вверх, пальцы

выпрямить, ладони повернуть вовнутрь, приподняться на носки, на счет «два» — вернуться в исходное положение (и. п.).

3. И. п. — стоя, ноги на ширине плеч. Руки согнуты в локтях, кисти сжаты в кулаки. На счет «раз-два» — поочередное выбрасывание рук вперед.

4. И. п.— стоя, ноги вместе, руки на поясе. На счет «раз» — наклонить туловище вправо, на счет «два» — вернуться в и. п., на счет «три» — наклонить туловище влево, на счет «четыре» — вернуться в и. п.

5. Приседание. И.п.— стоя, руки на поясе. На счет «раз-два» присесть на полной ступне, руки поднять над головой, на счет «три-четыре» встать, руки положить на пояс.

6. И. п.— стоя, руки на поясе. На счет «раз-два» — прыжки на месте, попеременно меняя ноги.

7. Ходьба в течение 1 минуты с выполнением дыхательных упражнений.

Начиная заниматься с ребенком утренней зарядкой, необходимо помнить:

утренняя зарядка должна быть радостью и удовольствием для ребенка;

делать зарядку необходимо ежедневно;

не забудьте проветрить комнату, а лучше выйти с ребенком на свежий воздух;

со временем желательно менять упражнения, увеличивать продолжительность зарядки;

следите за дыханием — не задерживайте дыхание, оно должно быть глубоким и ритмичным.

С ребенком дошкольного возраста допустимы пробежки в медленном темпе на небольшие расстояния в течение 2—3 минут под контролем частоты пульса и дыхания. Главное, чтобы ребенку было интересно и радостно. Надо не забывать подбадривать его, хвалить за настойчивость и старание. Все это, вместе взятое, создает у ребенка отличное настроение.

Нередко в выходные дни — субботу и воскресенье — режим не соблюдается. По мнению некоторых родителей, дети в эти дни могут позднее лечь спать, подольше поспать, не делать физических упражнений. Это разрушает выработанный стереотип, приводит к утрате выработанных рефлексов.

В выходные дни хорошо всей семьей выехать за город. Пешеходные прогулки, катание на лыжах, велосипедах, подвижные игры дают отличный заряд на всю неделю. Именно в выходные дни, когда родители и дети целый день вместе, удобно начать приобщение ребенка к спортивным развлечениям. Спортивные игры формируют у ребенка смелость, ловкость, выносливость.

В зимнее время надо постараться научить ребенка ходить на лыжах. Ходьба на лыжах помогает развить у ребенка координацию, выносливость, способствует закаливанию ребенка. Заранее купите лыжи и палки, сделайте крепления. Напомним, что длина лыж должна быть равна росту ребенка с вытянутой вверх рукой, а палок — немного ниже уровня плеч. Обучение необходимо начинать без палок, а затем по мере освоения ребенок помогает движению, отталкиваясь палками. Очень любят ребята и катание с горки на лыжах.

Не забывайте и про санки. Дошкольник обычно уже хорошо знаком с ними, ловко съезжает с горы, наслаждаясь скоростью так, что ветер свистит в ушах. Катание на санках развивает смелость, стремительность, ловкость.

И наконец, коньки. С 4—5-летнего возраста можно начинать учить ребенка кататься вначале на двухполозных, а затем, по мере приобретения навыков, и на обычных коньках. Катание на коньках укрепляет здоровье ребенка, улучшает общефизическую подготовку, развивает чувство равновесия. Некоторые ребята в этом возрасте начинают серьезные занятия фигурным катанием в секциях. Насколько полезны такие занятия, говорит пример известной советской фигуристки Ирины Родниной. Девочка росла слабым, часто болеющим ребенком, и занятия фигурным катанием позволили ей достичь вершин спортивного Олимпа.

В летнее время большое удовольствие доставляет детям катание на велосипеде. Езда на велосипеде не только укрепляет мышцы, но и тренирует дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Внимательно следите за тем, как сидит ребенок. Соответствующая регулировка высоты седла и руля обеспечит

правильную посадку, что очень важно в профилактике нарушения осанки.

Популярен у детей, особенно дошкольников, самокат. Ребенок быстро осваивает движения. Самокат необходимо подбирать по росту ребенка. Как хорошо, когда ребенок дошкольного возраста начинает играть в бадминтон или настольный теннис. Такие занятия развивают ловкость, силу, быстроту реакции.

Если вы живете недалеко от водоема или летом отдыхаете с ребенком на море, речке, вблизи озера, не упустите возможности научить его плавать. Рано научившийся некоторым приемам плавания, ребенок в дошкольном возрасте уже хорошо держится на воде и уверенно плавает. Сейчас по истечении почти 10 лет после начала внедрения методики обучения плаванию с рождения можно смело сказать, что дети, начавшие плавать в период новорожденности, растут более ловкими, закаленными, меньше болеют. Плавание имеет большое значение для гармонического развития ребенка и закаливания. И для занятий плаванием надо использовать любые возможности в течение круглого года.

В настоящее время все чаще ведутся разговоры о гипокинезии (малоподвижности), касающиеся не только взрослых, но, к сожалению, и детей. Родителям следует быть внимательнее, ведь временами они стараются подавить врожденное желание ребенка много двигаться и этим наносят ему большой вред.

Конечно, в рациональном режиме дня важно не только правильное соотношение сна и бодрствования, физических нагрузок и отдыха, большого внимания требуют вопросы питания. Родители должны помнить, что соблюдение режима дня, рациональное питание, утренняя гимнастика, физические упражнения, спортивные игры помогут вырастить здорового, жизнерадостного ребенка.

ПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКА

Быстрое физическое развитие ребенка-дошкольника сопровождается увеличением массы всех органов и систем детского организма, интенсивности обмена веществ.

Указанные процессы требуют энергетических и пластических веществ. Первые обеспечивают мышечные движения, работу внутренних органов, центральной нервной системы, выработку тепла для поддержания определенной постоянной температуры тела; вторые используются для созидания организмом новых клеточных структур, тканей органов, замещения уже исчерпавших свой жизненный ресурс клеток. И те и другие вещества поставляет организму пища. Поэтому вопросы питания детей, его организация всегда находятся в центре внимания семьи, врачей-педиатров.

В течение второго года жизни ребенок постепенно переходит от жидкой или полужидкой к плотной пище, которая уже требует механической обработки, осуществляемой в ротовой полости. Ребенок уже готов к ней: к концу второго года у него имеется 20 зубов, которые и выполняют механическую обработку плотной пищи.

Пережевывание пищи играет большую роль в обеспечении переваривания пищи. Ребенка следует приучать к полноценному использованию своего жевательного аппарата. К сожалению, многие родители не уделяют этому физиологическому акту должного внимания. Нарушения могут быть двух видов.

Во-первых, в течение 3—4, а иногда и последующих 2 лет ребенка продолжают кормить полужидкой, хорошо протертой пищей, что ведет к неправильному расположению зубов верхних и нижних челюстей, к таким отрицательным явлениям, как затруднения, возникающие при проглатывании пищевого комка, а иногда рвота.

Во-вторых, нарушение выражается в проглатывании непережеванной пищи, больших комков ее, что отрицательно влияет на процессы пищеварения. Грубые, большие комки механически раздражают слизистую оболочку желудка, труднее подвергаются воздействию ферментов пищеварительных соков, а следовательно, перевариваются в недостаточной мере.

С первых лет ребенка необходимо приучать к тщательному пережевыванию пищи, помня о том, что пищеварение начинается в ротовой полости.

В слюне, попадающей в ротовую полость через протоки из слюнных желез, содержатся некоторые ферменты, которые расщепляют сложные сахара и крахмал на более простые сахаристые вещества. Кроме того, во время пережевывания пищи слюна хорошо смачивает ее частицы, что способствует обволакиванию пищевого комка. Такой пищевой комок легко, беспрепятственно проходит по пищеводу и попадает в желудок.

При организации питания детей-дошкольников необходимо придерживаться следующих принципов:

удовлетворять потребности детского организма в основных пищевых веществах;

учитывать состав пищевых продуктов, которые употребляет ребенок;

правильно распределять пищу и продукты питания в течение дня;

обеспечить хорошие вкусовые качества пищи, кулинарную обработку пищевых продуктов и сервировку стола;

соблюдать гигиенические правила приема пищи.

Потребности детского организма

Основным принципом организации питания ребенка вообще и дошкольника в частности является соответствие количества и качества пищевых веществ, к которым относятся белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и вода, возрастным потребностям организма. Если такое соответствие будет нарушаться, то замедляется рост и развитие детей, начинают развиваться болезни, обусловленные недостатком или избытком тех или иных веществ.

Белки составляют основу всех органов и тканей организма. Они являются, если можно так выразиться, строительным материалом для созидания большой массы новых клеток, увеличивающихся в объеме внутренних органов, мышц, костей. Недаром их называют пластическим материалом. Недостаточное получение ребенком белков довольно быстро приводит к замедлению роста, прибавки массы (веса) тела, снижению сопротивляемости к инфекционным заболеваниям, к развитию малокровия и другим болезням.

Может создаться ложное представление о том, что избавить ребенка от этих бед можно введением с пищей большого количества белка. Однако излишки белка также крайне нежелательны, поскольку может возникнуть аллергия к ним, а накопление в организме продуктов обмена белков приводит к перегрузке функций органов выделения, например почек, нарушает функцию органов пищеварения. Кроме того, излишки употребленных белков просто не используются, а выводятся через кишечник. Иными словами, ценнейшее пищевое вещество не расходуется.

Белки, которые содержат в необходимых количествах незаменимые аминокислоты (поступающие только с пищей), называются полноценными, а те, в которых их нет, — неполноценными. Основными поставщиками полноценных белков являются продукты животного происхождения, в то время как растительные в большинстве своем — неполноценных белков.

Правильное рациональное питание детей дошкольного возраста требует сочетания в диете в оптимальных количествах полноценных и неполноценных белков. Такое сочетание позволяет удовлетворить полностью потребности детского организма во всех аминокислотах, а следовательно, будет способствовать их хорошему физическому и интеллектуальному развитию, поддержанию здоровья ребенка на необходимом уровне.

Жиры прежде всего обеспечивают энергетические затраты организма, являясь наиболее калорийным пищевым веществом (при распаде 1 грамма жира выделяется 9,1 килокалорий). Кроме того, они входят в состав каждой клетки организма, а, накапливаясь в подкожном слое, выполняют механическую, защитную роль, принимают также активное участие во многих видах обмена веществ, влияя на функции нервной, сердечно-сосудистой систем, пищеварения.

Особое значение имеют жиры для организма ребенка в обеспечении его витаминами. Дело заключается в том,

что некоторые витамины растворимы только в жирах, например A и D, жизненно необходимые для детей первых лет жизни. Тем самым жиры способствуют усвоению этих витаминов.

Углеводы следует отнести к основному источнику энергии в организме. А энергетические расходы у ребенка довольно велики, расход энергии на поддержание на должном уровне основных жизненных функций организма, обеспечение энергией процессов пищеварения, движения, различных физиологических отправлений, роста и развития организма в целом и отдельных его органов и тканей.

Энергетические расходы у детей с возрастом увеличиваются. Например, среднее потребление энергии в 2—3 года при массе тела около 14 килограммов составляет 1360 килокалорий в сутки, а в возрасте 4—5 лет при массе тела 17,5 килограмма — 1720 килокалорий в сутки.

Одним из свойств углеводов является накопление их в организме ребенка. Депонирование — образование запасов происходит в печени и мышцах в виде гликогена, который по мере необходимости используется для энергетических нужд, что обеспечивает экономное расходование организмом белков.

Основным поставщиком углеводов являются продукты растительного происхождения. В них содержатся такие необходимые для детского организма углеводы, как глюкоза, сахароза, фруктоза, крахмал. Наиболее легко и быстро в кишечнике ребенка всасываются простые углеводы, или, как их называют, сахара: глюкоза, фруктоза.

Сложные сахара (сахароза) и углеводы (крахмал) расщепляются при переваривании в желудочно-кишечном тракте на простые, а затем всасываются в виде глюкозы и фруктозы. Последние поступают в кровь, и постепенность всасывания способствует поддержанию постоянного уровня сахаров в крови, обеспечивая тем самым сбалансированный обмен других веществ в организме, нормальное функционирование внутренних органов.

В пищевых продуктах растительного происхождения, кроме перечисленных углеводов, содержится еще клетчатка, которая практически в желудочно-кишечном тракте ребенка не переваривается. Об этом важно знать, потому что многие родители стараются меньше давать детям продуктов, содержащих клетчатку, например хлебных изделий из муки грубого помола, кормят их освобожденными от кожицы яблоками. А между тем клетчатка необходима организму, так как она создает и чувство насыщения, и способствует формированию каловых масс, что приводит к регулярному опорожнению кишечника, очищает механически стенки кишечника от слизи, стимулирует перистальтику, то есть двигательную функцию кишечника.

Недостаточное поступление в организм ребенка углеводов приводит к похуданию, нарушению усвоения белков и других пищевых веществ, к использованию для энергетических нужд организма белков, тем самым вызывая белковую недостаточность, что замедляет физическое развитие ребенка, ослабляет защитные механизмы организма ребенка, например, снижает иммунитет, угрожает развитием самых серьезных нарушений.

Введение же избыточного количества углеводов в диету дошкольника приводит к ожирению, также нарушает обмен веществ, например жировой и белковый. При избыточном употреблении содержащих углеводы продуктов в желудочно-кишечном тракте детей начинают преобладать процессы брожения, вздувается живот, обильно отходят газы, наступает учащение и разжижение стула. В ряде случаев нарушается обмен витаминов, в частности, развивается гиповитаминоз B—B_1, B_2, B_6. Диета с большим количеством углеводов предрасполагает к возникновению аллергических реакций.

Для поддержания практически всех физиологических функций на достаточном уровне ребенок дошкольного возраста нуждается в постоянном снабжении витаминами, так как образование их в организме осуществляется в весьма незначительных количествах. Роль витаминов для организма детей достаточно хорошо освещена в научно-популярной литературе.

Наконец, важными и очень необходимыми составными частями пищи являются минеральные вещества. Некоторые из них требуются организму в достаточно больших количествах, другие в незначительных. Последние называются микроэлементами.

Для ребенка дошкольного возраста необходимы в усвояемой форме определенные количества кальция, фосфора, натрия, калия, магния, железа, микроэлементов — меди, кобальта, марганца, цинка, йода и фтора. Для достаточного усвоения этих минеральных веществ необходимо учитывать их количественное соотношение в пищевых продуктах и в диете ребенка. Нарушение этих соотношений приводит к недостаточному всасыванию и усвоению минеральных веществ организмом ребенка, что приводит к нарушениям обмена веществ.

Физиологическое значение минеральных веществ разнообразно, укажем лишь наиболее важное.

Кальций принимает участие в обеспечении нормальной (физиологической) деятельности систем мышечной и нервной, свертывания крови, в образовании костной системы. Активное участие в обмене кальция принимает магний.

Фосфор входит в состав практически всех клеток организма человека. Обмен его тесно связан с обменом кальция и жиров.

Натрий и калий необходимы для регуляции водно-минерального обмена. Калий активно участвует в мышечных сокращениях, в частности сокращениях сердечной мышцы.

Железо имеет огромное значение в образовании гемоглобина, входящего в состав эритроцитов и обеспечивающего транспортировку кислорода из легких во все органы. Принимает участие в образовании гемоглобина и медь.

Кобальт входит в состав витамина B_{12}, обеспечивая выполнение его функций в организме.

Марганец содержится в мышечной ткани и в некоторых жизненно важных ферментах. Цинк принимает участие в работе поджелудочной железы. Йод обеспечивает функцию щитовидной железы, а фтор — образование зубной эмали. Одним из признаков недостаточности фтора является появление кариозных зубов.

При организации питания ребенка-дошкольника родителям необходимо учитывать, что не только недостаток, но и избыток вышеназванных веществ в пище вредны. Так, при избытке витамина D развивается тяжелое отравление детского организма — гипервитаминоз D, при избытке в диете натрия возникают нарушения водного обмена.

Важную роль в жизнедеятельности организма играет вода, которая входит во все его ткани и органы и обеспечивает все виды обмена. Суточное количество воды, необходимое для дошкольника, составляет 80 миллилитров на 1 килограмм массы тела.

Суточная потребность ребенка дошкольного возраста в веществах хорошо изучена, ее рассчитывают на единицу массы (веса) тела, то есть на 1 килограмм. Калорийность суточного рациона составляет 90 килокалорий на 1 килограмм веса тела, содержание белков — 3,5 грамма, жиров — 3,5 грамма, углеводы — 14—15 граммов.

По данным известного советского специалиста по питанию А. А. Покровского, в составе суточного рациона белков для ребенка должно находиться следующее количество незаменимых аминокислот на 1 килограмм массы тела (веса): гистидина — 32 миллиграмма, изолейцина — 90, лейцина — 150, метионина — 65—85, фенилаланина — 90, треонина — 60, валина — 93, триптофана — 22 миллиграмма.

Суточная потребность в витаминах оценивается следующим соотношением. Витамин А — 1 миллиграмм (3300 международных единиц), витамин B_1 — 1,2 миллиграмма, витамин B_2 — 1,5, витамин B_6 — 1,4, витамин B_{12} — 1,4, витамин С — 50 миллиграммов, витамин D — 500 международных единиц, витамин Е — 6 международных единиц, витамин К — 1—2 миллиграмма, витамин РР — 12 миллиграммов.

Суточная потребность в минеральных веществах: кальций — 1—1,5 грамма, фосфор — 1—2, натрий 3—4, калий — 2,5—3,5 грамма. На 1 килограмм массы (веса) тела: магний — 12 миллиграммов, железо — 0,6—1, медь — 0,1,

кобальт — 0,01—0,2, марганец — 0,2—0,3, цинк — 0,2—0,3 миллиграмма. Потребность ежесуточная в йоде и фторе детей дошкольного возраста пока точно не установлена.

Ценность пищевых продуктов

В организации питания необходим учет химического состава продуктов, потребляемых ребенком ежесуточно. Это можно сделать, зная содержание основных пищевых веществ в этих продуктах.

Основным поставщиком полноценных белков являются пищевые продукты животного происхождения: мясо, рыба, яйца, молоко и молочные продукты — сыр, творог. Некоторые продукты растительного происхождения также содержат небольшие количества полноценных белков. К ним относятся картофель, белокочанная капуста, гречневая и овсяная крупы, рис, горох, фасоль.

Количество животных белков для детей дошкольного возраста дожно составлять не менее 65 % суточной потребности в них. При выборе рациона для ребенка этого возраста следует сочетать продукты, содержащие как полноценные, так и неполноценные белки, поскольку и те и другие нужны организму.

Особого внимания заслуживают белки молока. Начиная со ворого года жизни ребенок получает все больше и больше плотных пищевых продуктов, которые постепенно вытесняют молоко. Однако в дошкольном периоде количество молочных продуктов в суточном рационе ребенка должно быть не менее 500 граммов, включая цельное молоко. Пищевая ценность молочных продуктов весьма велика: они содержат полноценные белки, легкоусвояемые в желудочно-кишечном тракте ребенка (практически стопроцентно), не требуют особого напряжения в работе пищеварительных желез и ферментов, а также обладают защитными свойствами для организма ребенка, так как снижают токсическое действие некоторых составных частей пищи.

К тому же молочные продукты обеспечивают организм ребенка и легкоусвояемыми жирами. Молоко, сливки, сметана, сливочное и топленое масло содержат жирорастворимые витамины или вещества, из которых они образуются, например, каротиноиды — предшественники витамина А. Таким образом, молочные жиры полноценны, плавятся при температуре тела человека и поэтому легкоусвояемы.

Жиры, например говяжий, свиной, бараний, куриный, имеют более высокую температуру плавления. Детям дошкольного возраста употреблять их не рекомендуется: усваиваются они в желудочно-кишечном тракте в несколько раз хуже, чем молочные жиры. Яичный желток также содержит полноценный, легкоусвояемый ребенком жир. Что же касается маргаринов, то их желательно вообще не включать в диету дошкольников.

Исследования последних лет убедительно показали высокую пищевую ценность растительных жиров: подсолнечного, кукурузного, оливкового, хлопкового масла. В районах умеренного климата наибольшее распространение получило подсолнечное масло. В то же время количество растительного масла не должно превышать 15 % суточной потребности жиров детей дошкольного возраста в целом.

Для обеспечения хорошей усвояемости белков и жиров в желудочно-кишечном тракте необходимо соблюдать определенное соотношение их в пище: ребенок должен получать равное по весу количество белков и жиров (1:1). Увлечение некоторых родителей жиросодержащей пищей для детей, сливками, сметаной, жирными сортами сыра, сдобными хлебобулочными и кондитерскими изделиями, в конце концов приведет к различным нарушениям в детском организме, например, снижению иммунитета (дети становятся менее устойчивыми к инфекционным заболеваниям), развитию ожирения, гиподинамии, расстройствам функции печени, поджелудочной железы, снижению аппетита.

Потребность в углеводах удовлетворяется пищевыми продуктами растительного происхождения. К таким продуктам относятся пищевой сахар, хлеб и хлебобулочные изделия, крупы, фрук-

ты и овощи, мед, варенье, кондитерские изделия, кисели, компоты. За счет углеводов покрывается не менее 50 % суточной калорийности пищи.

Как известно, дети очень любят сладкое. Все сладкие продукты содержат пищевой сахар или сахарозу. Для обеспечения нормального обмена веществ количество пищевого сахара не должно превышать 25 % суточной потребности углеводов. Превышение этого количества, как правило, ведет к избыточному углеводистому питанию, что вызывает обострение или возникновение аллергических заболеваний, ожирение, напряженность функции поджелудочной железы. Остальные 75 % суточной потребности углеводов удовлетворяются за счет овощей и фруктов.

Витамины содержатся в больших количествах в следующих пищевых продуктах:

А или предшественники (провитамины) его — каротиноиды — в рыбьем жире, яичных желтках, сливочном и топленом масле, в плодах желто-оранжевой окраски — моркови, помидорах, шиповнике, абрикосах, персиках, цитрусовых;

B_1 — в хлебе, дрожжах, гречневой и овсяной крупах, печени;

B_2 — в мясе, дрожжах, куриных яйцах, молочных продуктах, бобах;

B_6 — в мясе, рыбе, фруктах и фруктовых соках, в овощах и овощных соках;

B_{12} — в мясе, молоке и молочных продуктах;

С — в сырых фруктах, овощах, ягодах и их соках, особенно в черной смородине, шиповнике, лимонах (сохраняется этот витамин и в свежезамороженных вышеуказанных пищевых продуктах, а также при варке их в эмалированной посуде с закладыванием в кипяток; витамин С разрушается при длительном пребывании их в воде);

витамин D — в рыбьем жире, жирных сортах рыбы, тресковой печени, сливочном масле, сыре, яичных желтках (во всех перечисленных продуктах, кроме рыбьего жира и тресковой печени, этот витамин содержится в небольших количествах, но достаточных для ребенка дошкольного возраста, детям же до 3 лет необходимо дополнительное количество его с целью предупреждения рахита);

Е — в мясе, яйцах, молоке и молочных продуктах, в зеленых частях огородных растений;

К — в печени, шпинате, всех видах капусты, тыкве;

РР — в мясе, картофеле, гречневой крупе, дрожжах, молочных продуктах, печени.

Остальные важнейшие микроэлементы содержатся в продуктах растительного и животного происхождения в очень небольших количествах.

Удовлетворение потребностей организма ребенка в микроэлементах достигается достаточным разнообразием диеты.

Любая односторонность в питании, скажем, злоупотребление молочными, мясными, мучными, крупяными продуктами в ущерб комплексности постепенно приводит к развитию недостаточности того или иного элемента, проявляющейся в заболеваниях или функ-

Содержание микроэлементов в пищевых продуктах

Элемент	Пищевой продукт
Натрий	Овсяная крупа, яичный желток, сыр, сельдерей, морковь, зеленая фасоль, земляника (лесная и садовая), огурцы, орехи
Калий	Картофель, укроп, петрушка, капуста, яблоки, курага, изюм, морковь, лук, помидоры, горох, виноград, грецкие орехи, сливы
Кальций	Молочные продукты, сыр, яичный желток, сливы, крыжовник, капуста, свекла, лук, шпинат
Фосфор	Молоко и молочные продукты, яичный желток, мясо, крупы (приготовленные из ячменя, пшеницы, кукурузы), хлеб, картофель, горох, фасоль
Магний	Хлеб, крупы (приготовленные из ячменя, пшеницы, кукурузы), яичный желток, горох, фасоль, мясо, картофель, лук, капуста, апельсины, грейпфрут, инжир
Железо	Печень, яичный желток, картофель, яблоки, сливы, цветная капуста, огородная зелень
Марганец	Яичный желток, петрушка, грецкие орехи, мята, соя
Йод	Морская капуста, мясо морских животных, морковь, лук, горох, капуста, чеснок, грибы, помидоры, картофель

циональных расстройствах в организме ребенка.

Суточное распределение питания

Важнейший принцип организации питания детей дошкольного возраста заключается в правильном распределении продуктов питания в течение дня. Речь идет о правильном режиме питания.

Прежде всего о периодичности приемов пищи. В этом отношении в настоящее время существует вполне единодушное мнение и детских врачей, и специалистов по детскому питанию о том, что ребенок в возрасте от 4 до 7 лет должен находиться на четырехразовом суточном питании. Ребенок получает завтрак, второй завтрак, обед и ужин. В зависимости от конкретных условий он может получать вместо второго завтрака полдник.

Особенно важно помнить о недопустимости кормления детей в промежутках между установленными режимом приемами пищи. Как правило, удовлетворение прихотей и капризов ребенка покупкой понравившегося ему хлебобулочного изделия, пирожного, шоколадки, мороженого неоправданно и тем, что съеденное лакомство незамедлительно сказывается на его режиме питания снижением аппетита. Когда наступит время приема пищи, то съест он ее не полностью неохотно, или совсем откажется от еды.

На первый взгляд в этом явлении нет ничего опасного. Да, если это отдельный случай, допустим, раз в неделю,— ничего не случится. Но если это делается систематически, то режим питания нарушается, что приводит к функциональным нарушениям органов пищеварения.

Что же делать? Ведь так хочется доставить удовольствие ребенку покупкой любимой булочки, шоколадки или мороженого, рассуждают некоторые родители. Купить следует, но дать в положенное по режиму приема пищи время. Кроме того, питание не в кафе, закусочных, столовых и других организованных учреждениях питания, а на улице — явление нежелательное. Это признак низкой культуры, несовместимый с гигиеной питания.

В организации питания важно правильно распределить пищу в течение дня по калорийности и количеству. Как уже указывалось, дети дошкольного возраста получают пищу из расчета 90 килокалорий на 1 килограмм массы тела в сутки, что составляет величину, в большинстве случаев не превышающую 1800—2000 килокалорий.

Максимум энергетических затрат организмом ребенка приходится на наиболее активное дневное время. Исходя из этого распределение пищевых продуктов в течение суток нужно сделать таким, чтобы максимальная калорийность принятой пищи удовлетворяла бы эти затраты. Рациональным является следующее распределение: на завтрак ребенок получает продукты питания, удовлетворяющие не более 25 % суточной калорийности, на обед — 35—40 %, на полдник (второй завтрак) — 10—15 % и на ужин — 25 %.

Если дошкольник посещает детский сад, то питание осуществляется в строго определенное время и сбалансированно в отношении калорий, белков, жиров, углеводов и витаминов. Лучше придерживаться такого же режима и в дни отдыха, когда ребенок не посещает детский сад.

Наибольшие трудности в таком распределении пищи по калорийности представляет реализация завтрака. Трудность возникает потому, что утром после сна обычно аппетит ребенка снижен.

Часто спрашивают, надо ли кормить посещающего детский сад ребенка дома завтраком? Если детский сад далеко и вы рано поднимаете ребенка по утрам, то имеет смысл давать ему легкий завтрак. Что касается стимулирования аппетита для завтрака, рекомендуется два тактических приема: во-первых, промежуток времени между пробуждением и завтраком должен составлять не менее 45 минут. В это время ребенок убирает свою постель, делает физзарядку, проводит положенные ему гигиенические мероприятия, пусть даже немного поиграет, а потом садится за стол завтракать.

Такая подвижность способствует пробуждению аппетита. Во-вторых, не

менее чем за 30 минут до завтрака целесообразно выпить $^1/_2$—$^3/_4$ стакана любой столовой воды (или просто кипяченой с добавлением ягодного или фруктового сока — 1—2 чайные ложки). Жидкость промывает желудок, удаляет с внутренней поверхности его слизь и тем самым стимулирует функцию пищеварения — выделяется желудочный сок, появляется аппетит.

Прием пищи для дошкольника рекомендуется в следующие часы: завтрак — 7.30—8.00 (в зависимости от того, посещает он детский сад или нет), второй завтрак — 11.30—12.00, обед — 15.30—16.00, ужин — не позднее 20.15 часов, то есть за 1,5—2 часа до сна.

Наиболее объемным по количеству пищи является обед. Для того чтобы ребенок полностью съел все предназначенное для обеда, предварительно необходимо полностью освободить желудок. А как известно, более длительно в желудке задерживается пища, богатая жиром, так как для переваривания она требует большего времени воздействия ферментов пищеварительных соков.

Отсюда следует очень важный практический вывод: на завтрак (второй завтрак) не следует давать жирной пищи. Тогда к обеду ребенок по-настоящему проголодается и полностью съест обед. В жизни же нередко из ложнодоброжелательного отношения к ребенку дают ему на завтрак бутерброд, а то и два с толстым слоем масла да еще, может быть, и с какао. Калорийность такого завтрака весьма высока, а длительность переваривания жира в желудке велика. Вот и садится ребенок нехотя за обед, размазывает пищу по краям тарелки, вызывая спровоцированные самими же родителями или бабушками неудовольствия по поводу нежелания ребенка обедать.

В первую половину дня рекомендуется ребенку давать продукты, богатые белками, овощные блюда, каши, а $^3/_4$ суточной потребности жиров восполнять во вторую половину дня. На ужин целесообразно давать молочные, овощные блюда, различные запеканки, пудинги. Сладкие десертные блюда — после приема основных блюд.

Не следует увлекаться большим объемом получаемой ребенком пищи. Большие ее количества просто пугают ребенка. Из боязни быть наказанным за плохую еду (к сожалению, и такое практикуется у некоторых родителей) ребенок, что называется, через силу съедает полученную пищу, за чем нередко следует рвота, функциональные расстройства желудка.

В дошкольном возрасте рекомендуется прием пищи в следующих объемах готовых блюд.

Завтрак: каша, овощное пюре — не более 250 граммов, молоко, чай — 150 миллилитров, хлеб — 50 граммов.

Обед: закуска — не более 50 граммов, первое блюдо — 200—250 миллилитров, мясо или рыба либо котлета из них — не более 75 граммов, гарнир — не более 125 граммов, кисель, компот, соки — 150 граммов или 50 граммов мороженого, хлеб 50 граммов.

Второй завтрак (полдник): кефир — 150 миллилитров, печенье или булочка — не более 50 граммов.

Ужин: запеканка либо пудинг или омлет, творог или творожная масса — 100—150 граммов, молоко, кефир — 150 миллилитров. В этих объемах пища полностью удовлетворяет потребность ребенка в необходимых веществах и калориях.

В отношении потребления воды родителям следует быть особо внимательными. Конечно, потребность здорового ребенка в жидкости нужно удовлетворять полностью, особенно в жаркое время года. Однако отмечена и способность детей пить соки, фруктовые и десертные напитки в чрезмерно больших количествах. Дети потребляют эти жидкости в больших количествах не из-за жажды, а из-за их вкуса. Если вкусно, то ребенок стремится выпить сока как можно больше. Чтобы не повредить ему в таких случаях, следует дать обычную кипяченую воду.

Однако сам по себе прием пищи, содержащей необходимые питательные вещества, еще не означает, что организм получит потребное ему количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей, микроэлементов. Это достигается лишь в процессе переваривания,

расщепления ее до таких соединений, которые хорошо всасываются по ходу пищеварительного тракта. А для того чтобы процесс пищеварения осуществлялся хорошо, необходимо соблюдение двух условий: хорошая кулинарная обработка продуктов и нормальная функция органов пищеварения.

При нарушении функции органов пищеварения, появлении таких симптомов, как тошнота, рвота, потеря аппетита, боли в животе, неустойчивый или жидкий стул, нужно немедленно показать ребенка детскому врачу.

Культура приготовления и потребления пищи

Для обеспечения хорошего переваривания и усвоения ребенком принятой пищи продукты предварительно подвергаются кулинарной обработке. Наилучшим способом обработки пищевых продуктов для питания детей дошкольного возраста является варка в кипящей воде или на пару. При этом пищевые вещества, входящие в продукты, легче подвергаются воздействию ферментов пищеварительных соков. Пища не теряет своих питательных свойств, полностью разрушаются вещества, вызывающие токсическое воздействие на организм ребенка. Кроме того, все болезнетворные микробы, попавшие в продукты питания, уничтожаются достаточно продолжительным воздействием высокой температуры.

Такие способы обработки, как жарение, тушение, не рекомендуются при приготовлении блюд для детей дошкольного возраста. При поджаривании продуктов пища становится грубой, трудно обрабатываемой механически. К тому же при воздействии высокой температуры жир, масло лишаются значительного количества легкоплавких фракций, легкоусвояемых жирных кислот, в которых детский организм нуждается. При этом процессе кулинарной обработки — жарении в пище появляются нежелательные продукты денатурации жиров, которые в ряде случаев оказывают неблагоприятное влияние на детский организм.

Что касается тушения, то этот способ ведет к значительному уменьшению содержания витаминов в пищевых продуктах из-за длительности температурного воздействия на продукты, а также требует применения различных специй для придания блюду вкусовых качеств, к которым детей приучать следует осторожно, постепенно, с возрастом.

С учетом этих соображений приводим варианты примерного меню для ребенка дошкольного возраста на одну неделю. Набор различных блюд позволяет чередовать их в удобных для любых условий сочетаниях. Конечно, варианты эти ориентировочные, можно давать и другие блюда, однако сходные с приведенными в следующем примерном меню.

Завтрак (варианты блюд)

Яйцо всмятку с хлебом, стакан молока, бутерброд с сыром.

Каша гречневая с молоком, чай или кофейный напиток (1 стакан), бутерброд с маслом.

Овсяная каша (геркулес) с маслом, кофейный напиток, бутерброд с колбасой (сыром).

Омлет, каша манная, кофейный напиток.

Каша рисовая с джемом, молоко, бутерброд с сыром.

Яйцо всмятку с хлебом, кофейный напиток, бутерброд с маслом.

Винегрет, какао, бутерброд с колбасой (отварным мясом).

Обед (варианты блюд)

Салат из свежей капусты, суп-пюре гороховый на овощном бульоне, котлета мясная с картофелем отварным и свежим (соленым) огурцом, кисель ягодный, хлеб.

Салат овощной, куриный бульон с сухарями, курица отварная с рисом отварным, компот из свежих фруктов, хлеб.

Салат овощной со сметаной, борщ с мясом, рыба отварная с картофельным пюре и свежим (соленым) огурцом, свежие фрукты или ягоды, хлеб.

Винегрет, суп вермишелевый на костном бульоне, сосиски с отварной (тушеной) капустой, компот из сухих фруктов, хлеб.

Салат из свежих овощей, суп картофельный, бефстроганов с гречневой

кашей, рисовый пудинг с киселем из ягод, хлеб.

Салат из свежей капусты с подсолнечным маслом, суп-крем овощной, котлета мясная с макаронами, компот из свежих (свежезамороженных) ягод, хлеб.

Винегрет, щи из свежей капусты, отварное мясо с тушеным картофелем и свежим (соленым) огурцом, ягоды, фрукты.

Полдник (варианты блюд)

Кефир, сдобная булочка, фрукты.

Кефир, пирог с яблоками, фрукты.

Молоко, печенье, фруктовый сок.

Кефир, сдобная булочка, фрукты.

Кефир, сдобная булочка, фруктовый сок.

Молоко, печенье, фрукты.

Кефир, пирожок с повидлом, фруктовый сок.

Ужин (варианты блюд)

Винегрет, творог со сметаной, чай, хлеб.

Макароны по-флотски, творог, молоко, хлеб.

Омлет, каша гречневая с молоком, чай, хлеб.

Сырники, оладьи, молоко.

Тушеные овощи, творог со сметаной, чай, хлеб.

Тефтели рыбные с картофельным пюре, творог, чай, хлеб.

Капустная запеканка со сметаной, творог, чай с печеньем.

Объем предложенных продуктов питания и готовых блюд не должен превышать рекомендованных количеств. Что касается молока, кефира, чая, то порция не превышает одного стакана (180—200 миллилитров), фруктовых соков — 100—120 миллилитров. Кондитерские изделия (пирожные, торты) предлагаются детям дошкольного возраста как исключение и обязательно в счет какого-либо основного пищевого продукта или готового блюда во время приема пищи по режиму дня.

Наконец, немаловажный момент в организации питания детей дошкольного возраста заключается в том, что сам процесс приема пищи необходимо осуществлять с учетом эстетики питания, соблюдая гигиенические нормы. Столовая посуда должна быть чистой, привлекающей своим оформлением внимание ребенка. Стол нужно хотя бы элементарно сервировать. При этом дети сами должны принимать активное участие в его сервировке. В таких условиях у детей и появляется предвкушение пищи, повышается аппетит, а сам процесс еды доставляет им радость и удовлетворение.

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Особое место в обеспечении хорошего состояния здоровья детей дошкольного возраста занимает предупреждение травматизма. Диапазон исходов различных видов травм чрезвычайно широк: от незначительных местных повреждений различных органов и тканей до глубокой инвалидности и даже смерти.

Любая травма в период подготовки ребенка к школе нарушает состояние его здоровья, создает дополнительные трудности в осуществлении программы этой подготовки. Предупреждение детского травматизма — задача сложная, и она может быть разрешена только комплексно и повсеместно, включая воспитание в семье, в детских учреждениях, на улицах, в местах отдыха детей, во время посещения зрелищных учреждений, магазинов — практически везде, где могут оказаться дети.

Все мы радуемся быстрому развитию ребенка, особенно после того, как он начинает ходить. Получив возможность самостоятельно передвигаться, малыш получает неограниченную возможность знакомиться со всем тем, что его окружает, удовлетворять свое безграничное любопытство.

Но именно незнание повреждающих факторов окружающей среды, обстановки, внезапно возникающих жизненных ситуаций в большинстве случаев создает предпосылки к возникновению несчастий — травм у ребенка.

Характер получаемых ребенком травм во многом зависит от возраста. В первые 2—3 года жизни ребенок находится под наблюдением взрослых более тщательным, чем в последующие, предшкольные годы. С ослаблением внимания взрослых, увеличением подвижности, сремлением познать все незнакомое воз-

растает и травматизм детей, в частности, бытовой, уличный. Принято делить травмы детей на несколько групп: бытовые, уличные, в детских учреждениях, спортивные и прочие, включающие несчастные случаи.

Бытовые травмы возникают, как правило, дома или во дворе во время игр, прогулок. Это наиболее частые травмы. Они составляют около 60 % всех травм. К ним относятся ушибы, раны, переломы костей, вывихи суставов, разрывы мышц, сухожилий, а также электротравмы, отравления, попадание в организм инородных тел. Уличные травмы составляют 23 % всех травм детей.

В детских учреждениях дети получают травмы во время игр, в случайных падениях, в играх на открытых площадках. Спортивные травмы происходят в спортивных секциях, школах, кружках. Во время занятий могут быть падения, неудачные движения на тренировках. Среди прочих травм наиболее опасными являются утопления.

По признаку тяжести травмы подразделяются на шесть степеней.

Первая степень характеризуется легким ушибом, царапинами кожи, испугом, которые довольно быстро забываются и не требуют каких-либо лечебных мероприятий. Разумеется, речь идет о несложных травмах.

При травмах второй степени требуется первая помощь обычными, домашними средствами, так называемая доврачебная помощь: смазывание царапины, ранки йодной настойкой, наложение бактерицидного пластыря, прохладный компресс и т. д.

При травмах третьей степени уже необходима врачебная помощь поликлиники, т. е. амбулаторная. Травмы четвертой степени требуют лечения в стационарах-больницах. Обычно они излечимы. Результатом травм пятой степени, как правило, является инвалидность, а шестой — трагический исход, гибель ребенка.

Статистические исследования детского травматизма свидетельствуют, что наиболее часто от травм погибают дети дошкольного возраста — около 40 %. Это случается при травмах головы с повреждением черепа, при травмах внутренних органов, ожогах, отравлениях, электротравмах, множественных травмах, утоплении.

Конечно, каждая травма у ребенка дошкольного возраста требует принятия соответствующих ее степени тяжести лечебных мероприятий. Но основным фактором борьбы с детским травматизмом является его предупреждение.

Причины детского травматизма должны знать все родители. Помогает посещение специальных лекций, прослушивание докладов, бесед, чтение научно-популярных брошюр и журналов, просмотр плакатов, кино- и диафильмов. Эти мероприятия с показом наглядного материала организуются в детских поликлиниках, в ДЭЗах, клубах, детских учреждениях органами ГАИ, милиции. Широкое обсуждение вопросов детского травматизма среди родителей, персонала детских садов, основанное на анализе произошедших несчастных случаев и тяжелых травм у детей, помогает в осуществлении их профилактики. В этом вопросе помогают ясность и гласность, а не стремление уберечься от неприятной по содержанию информации.

Но если уже травма произошла, то необходимо уметь быстро оказать помощь ребенку в тех условиях, где она получена, а затем, если необходимо, доставить пострадавшего в больницу, где будет оказана квалифицированная врачебная помощь с последующей реабилитацией больного.

Как известно, наиболее распространен бытовой травматизм в виде ушибов, ссадин, царапин, ран, растяжений связок, вывихов суставов, переломов костей. Эти травмы ребенок получает у себя дома, в квартире, на лестнице, во дворе, на игровых площадках около дома. Нарушение целостности кожи в виде царапин, ссадин и ран может сопровождаться попаданием на раненую поверхность различных бактерий и возникновением нагноения.

Поэтому необходимо срочное обеззараживание поврежденных участков кожи. С этой целью такие участки кожи смазываются йодной настойкой, промываются перекисью водорода с последующим использованием стерильных бинтов или липкого пластыря для наложения повязки. Особенно неприятны раны, нанесенные осколками стекла, так как они

более тяжело травмируют кожу. При таких повреждениях внимательно осматривают рану, удаляя замеченные осколки стекла, промывают ее мыльной теплой водой, смазывают йодной настойкой и накладывают стерильную повязку.

В случае растяжений связок обеспечивается покой соответствующему суставу или повязкой либо наложением шины с целью обездвижения его.

Основной принцип оказания первой помощи при переломах костей рук и ног — обездвижение травмированной конечности, фиксация костей в месте перелома для предупреждения возникновения осложнений: кровотечения, шока. Обездвижение и фиксация костей достигаются наложением шин, для которых используют любые подручные средства — палки, дощечки, листы плотного картона. Между поврежденной конечностью и шиной подкладывается мягкая подстилка, чтобы избежать сильного давления шины на мягкие ткани конечности.

При переломе пальцев кисть укладывается на шину или на косынку, а в ладонь помещают комок ваты или какой-нибудь скомканный кусок ткани. Пальцы затем бинтуют. При переломе костей предплечья шинами обездвиживают лучезапястный и локтевой суставы, а кисти придают ее обычное положение. При переломе плечевой кости или костей в области локтевого сустава руку осторожно прибинтовывают к туловищу. При переломе костей стопы или голени накладывают шины для обездвижения голеностопного и коленного сустава, а ногу держат в приподнятом положении. При переломе бедра шинируют всю ногу, дают обезболивающее лекарство (анальгин, баралгин) и обильно поят ребенка теплым чаем.

Главной задачей первой помощи при кровотечениях является немедленная остановка его, чтобы не вызвать обескровливания организма. Наиболее опасно кровотечение из поврежденного сосуда: артерии (кровь алая, пульсирующей струей) или вены (более темная). Несильное кровотечение из сосуда останавливается с помощью давящей повязки. Кровотечение же из крупного сосуда требует накладывания жгута выше места повреждения сосуда.

Для жгута используются веревка, ремень, резиновая трубка и другой подручный материал. Жгут накладывается на период в пределах 2 часов, что обычно достаточно для доставки пострадавшего в больницу. Если жгут остается на более длительный срок, то его ослабляют на 5—10 секунд для восстановления кровоснабжения перетянутой конечности. Под жгут подкладывают толстый слой материи.

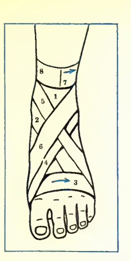


Рис. 2. Восьмнобразная повязка прн растяженин связок голеностопного сустава (цнфрамн указана последовательность обмоткн)

а

б

Рис. 3. Шиннрование при переломе: а) плечевой кости; б) костей предплечья

Иногда кровотечение останавливают прижатием кровоточащего сосуда пальцем (например, на голове).

Бытовые травмы часто возникают при падении ребенка. Особенно опасно падение с высоты, сопровождающееся, как правило, множественными травмами. Дети в возрасте первых трех лет часто падают навзничь или набок, с ушибом головы. В таких случаях нередко возникает сотрясение мозга различных степеней. Последствиями сотрясения могут быть головные боли, бессонница, вегетативные неврозы.

Случаи таких падений детей можно предупредить, а последствия сделать менее опасными, если выравнивать игровые площадки, контролировать их игры, освобождать комнаты от лишних вещей и предметов, обучать детей правильной ходьбе по лестницам, соблюдению осторожности при ходьбе и беге по неровной местности, лазании на деревья, заборы. Нельзя оставлять малышей одних в помещениях выше второго этажа, спускающихся вниз по лестнице при открытых окнах и форточках на лестничных клетках. Опасно и пользоваться качелями без присмотра взрослых.

Наконец, очень важным является обучение ребенка правильно падать — приемам правильного падения, обеспечивающим наименьший травматизм.

К бытовому травматизму относятся и ожоги горячей жидкостью, пламенем от спичек, зажигалок, воспламенившихся веществ и предметов, нагревательных приборов, электрического тока. Кроме того, наблюдаются химические ожоги кожи и слизистых оболочек рта, пищевода, желудка щелочами, кислотами, уксусной эссенцией, веществами бытовой химии.

Первая помощь при ожогах включает следующие мероприятия: охлаждение обожженной поверхности тела протиранием ее одеколоном, винным спиртом или струей холодной воды, прием дозы амидопирина для снятия боли, обильное питье. Обожженную поверхность тела прикрывают стерильной марлей, бинтом и проглаженной горячим утюгом хлопчатобумажной тканью. Необходима срочная эвакуация пострадавшего в ближайшую больницу. Последняя мера особенно необходима при химических ожогах. Запрещается вскрытие ожоговых пузырей и применение различных мазей и присыпок!

Профилактика ожогов заключается в правильном хранении химических и воспламеняющихся веществ (включая спички, электронагревательные приборы) в недоступных для ребенка местах или под замком. Не следует оставлять детей одних в помещениях с включенными электронагревательными приборами, зажженными газовыми плитами. Не рекомендуются подвижные игры вблизи емкостей, наполненных горячей жидкостью, а также игрушки из горючих легковоспламеняющихся материалов.

К несчастным случаям, нередко заканчивающимся гибелью ребенка, относятся отравления. Часто причиной является особенность поведения ребенка дошкольного возраста — любопытство, желание как можно ближе познакомиться с окружающим миром, обстановкой вокруг него. Будучи бесконтрольным, знакомство с «неведомым» миром обходится ребенку подчас дорогой ценой.

В частности, знакомство с различными веществами. Так, например, привыкнув к вкусным витаминным препаратам, дети, найдя таблетки или шарики, хотят их попробовать: вкусно или невкусно. Как правило, обнаруженные вещества, таблетки бывают заключены в привлекательную упаковку. Тут и обнаруживается способность детей пробовать и даже есть совсем, казалось бы, несъедобные вещи, например гуталин, клей, пить чернила и т. д. Изведав подобное незнакомое вещество, продукты, являющиеся ядовитыми для человека, ребенок отравляется. Отравления составляют до 45 % всех несчастных случаев среди детей.

Основной причиной отравлений детей до 5 лет является неправильное отношение к хранению веществ бытовой химии, лекарств, инсектицидов, едких щелочей, кислот, а также отсутствие порядка в квартире, способствующее доступности для детей источников отравлений. Родителям необходимо помнить, что ядовитыми для ребенка могут быть даже те, например, лекарства, которые употребляются взрослыми ежедневно в довольно больших дозах. В этом отношении совершенно прав известный детский хирург профессор С. Я. Долецкий, который счи-

тает, что безопасных лекарств для детей не существует.

Основной мерой предупреждения отравлений является соблюдение порядка в доме, где есть ребенок дошкольного возраста. Обратите самое серьезное внимание на создание недоступности для ребенка продуктов бытовой химии и лекарств. Все они должны храниться в определенных местах, куда не может проникнуть ребенок.

Отравления вызывают моющие средства, вещества ухода за мебелью, автомашиной, обувью, стеклянными и хрустальными изделиями, лаки, краски, политуры, удобрения, лекарства и др. Химизация сельского хозяйства, нашего быта наряду со многими положительными качествами при нарушении правил употребления и хранения веществ, при отсутствии культуры их применения чревата отравляющим действием.

Знакомство с природой подчас также может обернуться бедой для ребенка. Люди, проживающие в городах, в отрыве от природы, оказавшись на лоне ее без знаний определенных правил поведения, могут получить отравления. Это относится и к детям, пробующим вкус незнакомых ягод, зеленых частей растений, собирающим грибы. Отравления ядовитыми грибами, беленой, волчьими ягодами, дурманом и другими растениями не относятся к категории редких и всегда очень опасны. Об этом нельзя забывать при выезде с детьми за город в летнее время.

При внезапном появлении вялости, рвоты, бледности или, наоборот, резкого покраснения лица, возбуждения либо выраженной сонливости, судорог, схваткообразных болевых ощущений в животе необходимо прежде всего исключить отравление. В каждом случае подозрения на отравление необходимо вызвать врача или доставить ребенка в ближайшее медицинское учреждение, включая фельдшерский пункт. Если это занимает много времени, то предварительно следует промыть желудок теплой слегка подсоленной водой, а затем предпринять все меры к эвакуации пострадавшего в больницу.

Уличный, и в частности транспортный, травматизм сопровождается особенно тяжелыми последствиями. Так, например, травматизм, связанный с автотранспортом, в 30 % случаев оканчивается гибелью ребенка.

Насыщенность городов из года в год автомобильным и другими видами транспорта растет. Вместе с тем возрастает и количество транспортных уличных травм среди детей. Несомненно, что наибольшую опасность транспорт представляет для свободно и самостоятельно передвигающихся по улицам детей школьного возраста. Но не меньшую опасность представляет транспорт и для ребенка дошкольного возраста. Поэтому правилам поведения на улицах следует обучать уже после 3-летнего возраста.

В трагедии транспортного травматизма три действующих лица: ребенок, родители и водитель транспортного средства.

В связи с этим необходимо напомнить читателям о тех знаках дорожного движения, которые должны знать дети дошкольного возраста. Обучение детей правилам поведения проводится на специальных игровых площадках, организуемых в детских садах, парках, при ДЭЗах, на которых проводятся игры по организации дорожного движения.

К большой, а иногда непоправимой беде приводит недисциплинированность родителей с детьми на улицах и дорогах.

Наиболее частыми нарушениями, совершаемыми детьми дошкольного возраста, которые приводят к несчастьям — наездам транспортного средства, являются переход ребенком улицы в непредназначенном месте, внезапное появление его на проезжей части улицы во время игры, переход улицы с обходом стоящего транспорта спереди (например, остановившегося на остановке автобуса, троллейбуса), переход улицы перед близко идущим транспортом, езда на велосипеде по проезжей части улицы, даже в непосредственной близости от тротуара.

В предупреждении таких зачастую непоправимых ошибок ведущая роль принадлежит родителям. Прежде всего, находясь с ребенком на улице, они сами должны строго придерживаться правил поведения, правил дорожного движения, так как они являются его участниками. Велик авторитет родителей для ребенка. И если они строго соблюдают эти правила, то ребенок, подражая им, легко запоминает азбуку передвижения по улицам.

В новых правилах дорожного движения, действующих с 1 января 1987 г., пешеходы относятся к активным участникам дорожного движения. Передвижение их с детьми на улицах разрешается только по тротуарам, пешеходным дорожкам, а при отсутствии таковых — по обочине дороги, но только в светлое время суток, держа ребенка за руку.

Переход улицы осуществляется только по переходам: надземным или подземным либо в специально обозначенных местах (дорожный знак, пешеходная «зебра», светофор с пешеходным табло). Переходя улицу, не следует отпускать от себя ребенка. Лучше держать его за руку.

Во время перехода проезжей части улицы (дороги) необходимо закреплять элементарные навыки: ребенку напоминают о том, что прежде чем переходить улицу, нужно осмотреться кругом и, убедившись в безопасности, пересечь ее, строго соблюдая сигналы светофора или регулировщика. Если дети становятся очевидцами нарушений — отрицательных примеров пересечения улиц, нужно на этих же примерах разъяснять им опасность такого поведения, чтобы исключить подражание нарушителям.

Не следует перебегать с детьми перед близко идущим транспортом. У детей нет опыта поведения в этой опасной ситуации, они начинают метаться, теряют ориентировку.

Что касается водителей транспортных средств, то они должны всегда помнить о необходимости повышенного внимания в зонах дорожного знака «Дети», пешеходных переходов, остановок общественного транспорта, при движении мимо группы людей, стоящих на уличных переходах или намеревающихся перейти улицу (дорогу). Поведение ребенка, его реакция на приближающуюся машину трудно предсказуемы, поэтому водитель, встречая детей на пути, должен помочь им в безопасном пересечении улицы (дороги).

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Наши постоянные читатели интересуются советами врачей и рекомендациями ученых в отношении леворуких детей, особенно в связи с подготовкой к обучению в школе, спрашивают, как выявить своевременно леворукость у дошкольника.

На вопросы отвечают заведующий кафедрой психиатрии Ворошиловградского медицинского института, доктор медицинских наук Анатолий Павлович ***ЧУПРИКОВ*** *и старший научный сотрудник Всесоюзного научно-исследовательского института гигиены детей и подростков Минздрава СССР (г. Москва), кандидат медицинских наук Виолетта Арсеновна* ***АЙРАПЕТЯНЦ.***

ЛЕВОРУКИЙ РЕБЕНОК, КТО ОН?

«Наш ребенок — левша. Что нам делать?» Так начинаются многие взволнованные письма родителей. Почему же такое беспокойство вызывает леворукость ребенка? Оправданно ли это?

Родителей можно понять. Ведь леворуких выделяют из массы людей — необычное, как известно, приковывает внимание. На них во многих случаях смотрят с нескрываемым интересом, и легко вообразить, что чувствует такой человек, вынужденный всю жизнь ощущать ненужное ему, а порой и неуместное внимание окружающих к себе. Но это взрослый человек, а в детстве? Обычно родители довольно встревоженно реагируют на появление признаков леворукости у своего ребенка. Часто в его же присутствии они обсуждают складывающуюся перспективу, тревожатся за будущее ребенка. И с малых лет он начинает проникаться чувством неполноценности, старается скрыть свою леворукость как невесть какой грех.

Это не преувеличение. Нередко леворукий ребенок переживает сильное эмоциональное напряжение, так называемый декстрастресс (от латинского слова «декстер» — правый). А это настоящая

болезнь, вызванная именно теми реальными трудностями и неудобствами, которые испытывает леворукий ребенок в нашем правостороннем мире.

Можно вспомнить, что в далеком прошлом в силу невежества и фанатизма людей леворукие подвергались преследованию и остракизму, а дьявол непременно представлялся левшой. По-видимому, в этих предрассудках и коренятся пережитки сознания людей, отголоском которых и является настороженное отношение к леворукости в наши дни? Недаром до сих пор слова «левша», «левый» во многих языках остались синонимами неумелости и даже «вороватости». А ведь во все времена, как свидетельствует история, среди леворуких было немало выдающихся личностей.

Леворукими были Микеланджело и Леонардо да Винчи, Чарли Чаплин и ученый-физиолог И. Павлов, автор знаменитого Толкового словаря русского языка В. Даль. Список имен можно было бы продолжить на многих страницах. Не случайно обладавший и значительными медицинскими познаниями известный русский писатель-классик Николай Лесков в герое своего рассказа «Левша» (1881) представил образ талантливого человека из народа, ставший символом «изрядного мастерства российского».

Что же такое леворукость? Согласно современным представлениям это относительно редко встречающийся вариант латеральности (односторонности) двигательного поведения, когда человек во всех своих действиях устойчиво предпочитает использование левой руки. В основе как леворукости, так и праворукости лежат особенности функционирования головного мозга — функциональная асимметрия (в системе двигательного анализатора). С асимметрией мозга и связано появление латеральности — выделения ведущей руки, уха, глаза и других проявлений такой односторонности.

Формируясь еще во внутриутробном периоде развития, леворукость в последующем закрепляется в ходе возрастных изменений ребенка, при этом определенную роль играют и факторы среды. Хорошо известно, что большинство населения составляют праворукие (90—95 %), и если праворукость считается одним из видовых признаков человека, то леворукость — отклонением по этому признаку. Однако оно само по себе не относится к числу патологических (болезненных), а является вариантом нормы.

Столь же редко, как и леворукость, встречается амбидекстрия. Явление это характеризуется отсутствием устойчивого предпочтения какой-либо из рук либо использованием для одних действий только правой, а для других — только левой руки.

В древнейшие исторические эпохи, как свидетельствуют наскальные рисунки, фрески и папирусы, левшей было примерно 5—8 человек на сотню. Эти цифры, в общем, близки к сегодняшним. В разных регионах нашей страны среди взрослого населения леворуких насчитывается от 2—3 до 7—8 %. Интересно заметить, что леворукость у мальчиков, как правило, встречается в два раза чаще, чем у девочек. А проведенное нами обследование 800 московских школьников разных возрастных групп показало, что среди них в возрасте 7—9 лет имелось около 11 % левшей. Правда, с возрастом число леворуких снижается (к 16—17 годам составляло уже 3,4 %, что совпадает с данными, полученными при обследовании взрослых).

В чем же причина уменьшения числа леворуких с возрастом? Ведь многие факты свидетельствуют о том, что с леворукостью уже рождаются. Это может быть обусловлено затягивающимся у некоторых детей становлением предпочитаемости руки (в данном случае правой), иными словами, с «ложной» леворукостью. Однако основной причиной «таяния» цифр является, по-видимому, до сих пор неизжитое переучивание леворуких, особенно в начальных классах школы.

Насильственное переучивание леворуких детей, а тем самым принудительное изменение сложившейся системы работы головного мозга ведет, как правило, к нежелательным последствиям. Правда, некоторые дети переносят переучивание почти безболезненно, но многие расплачиваются за него дорогой ценой.

Так, родители леворуких детей часто жалуются на перемену в состоянии своего ребенка: он вдруг стал раздражительным, вспыльчивым, капризным, плаксивым, плохо спит, ест, особенно по утрам. Эти неприятности начались вскоре после

того, как его стали переучивать. Кроме нарушений эмоциональной сферы, переучивание нередко сопровождается и другими осложнениями: заиканием, ночным недержанием мочи, кожными заболеваниями. Появляются жалобы на головные боли, на усталость в правой руке, повышенную утомляемость и снижение работоспособности.

Такие дети в 5—6 раз чаще страдают неврозами. Обычно с энтузиазмом приступив к учебе в первом классе, ребенок вскоре сталкивается с целым рядом трудностей, и в первую очередь в овладении навыками письма правой рукой. Как правило, он пишет медленно, без соблюдения правил каллиграфии, с видимыми физическими усилиями, многократно проговаривая про себя каждое слово. Эти дети обычно отстают от праворуких сверстников в выполнении письменных заданий как в классе, так и дома. Иногда они отстают и в приобретении навыков чтения, так как неосознанно стремятся по первым двум буквам угадать слово, а не прочесть его по слогам. Сопровождающие леворукость левоглазость и другие сенсомоторные признаки левизны усиливают эти проявления. Отсутствие успехов в учебе и неправильное поведение окружающих могут привести к тому, что у переучиваемого леворукого первоклассника пропадает желание учиться. Может возникнуть отвращение к письму, стремление избегать занятий, вплоть до прогулов.

Со временем, правда, большинство переучиваемых детей постепенно овладевают навыками письма правой рукой, а острота невротических реакций, переживаний несколько сглаживается. Казалось бы, успех оправдывает переучивание? Но успех этот бывает достигнут слишком дорогой ценой: напряжение у многих не проходит бесследно. Вторжение в тонкий механизм нервной деятельности может вызвать задержку психического развития ребенка.

По свидетельству отечественных и зарубежных ученых, в личности таких леворуких детей закрепляются нежелательные перемены, связанные с периодом переучивания, и по своим мнестико-интеллектуальным возможностям они уступают как оставшимся леворуким, так и праворуким. Результаты изучения особенностей выполнения левшами письменных заданий правой и левой рукой показали, что при работе правой рукой все леворукие (в том числе и те, кто уже стал считать ее ведущей при письме) выполняют письменные задания медленнее и с большим количеством ошибок. При этом отмечалось напряжение и различных групп мышц, не используемых при письме, учащение сердцебиений, наблюдались и кратковременные подъемы артериального давления. Порой дело кончалось тем, что они прерывали выполнение письменного задания. Левой же рукой они действовали сноровистее и успешнее. И ошибок было значительно меньше, и письмо не вызывало неприятных эмоций.

Использование левой руки у левшей нулевого и первого классов школы повышает качество выполнения письменных работ на 20—30 %. Левая рука у них зачастую более «грамотна», чем правая.

Все приведенные факты свидетельствуют о том, что не надо бороться с леворукостью и переучивать левшу, надо терпимо относиться к леворукому письму и создать благоприятную обстановку в окружении леворуких.

Переучивание леворукого ребенка влечет за собой и многие последствия. Так, в неожиданной, стрессовой ситуации переученный левша инстинктивно протянет левую руку. Но ведь она у него уже потеряла былую сноровку, она детренирована.

Психогигиена и психопрофилактика при леворукости — это цепь взаимосвязанных мероприятий, которые должны осуществлять и согласовывать между собой родители и медицинские работники, педагоги, воспитатели. Основной их смысл заключается в бережном отношении к леворуким детям.

Родители и воспитатели детских дошкольных учреждений первыми сталкиваются с наличием признаков предпочтения ребенком левой руки. Им следует учитывать, что у большинства детей до 3—5-летнего возраста отмечается период ложной обоерукости (псевдоамбидекстрии), когда они используют в игровых действиях и в самообслуживании обе руки, не отдавая предпочтения какой-либо из них. Период этот отражает определенный этап развития нервной системы

(в частности, двигательного анализатора). В эту пору еще допустимы осторожные попытки обучить предполагаемого амбидекстра праворуким действиям. Однако эти попытки должны протекать без какого-либо насилия, диктата, окриков. Если же ребенок постоянно сопротивляется этим попыткам, их надо оставить.

О замеченных у ребенка признаках леворукости родители или воспитатели должны как можно раньше сообщить педиатру. Левшу надо проконсультировать и у детского невропатолога. Он и решит вопрос: является ли леворукость у данного ребенка естественной или это результат расстройства центральной нервной системы, требующий как можно более раннего специального лечения.

Вопрос о леворукости ребенка особенно остро встает перед поступлением его в школу. Поэтому в возрасте 5—6 лет проводится более подробная специальная диагностика леворукости.

Как же быть в случае обнаружения леворукости у ребенка? Многое зависит от родителей. Необходимо сохранять в семье спокойную атмосферу, обсуждение членами семьи этого факта проводить в отсутствие ребенка, не вовлекая его в дискуссии взрослых, как можно меньше фиксировать внимание на его необычности или исключительности, прийти ему на помощь, если дети во дворе дразнят и унижают его и, по возможности, разрядить сложившуюся обстановку.

Повсеместно — в семье, в дошкольных и школьных учреждениях следует поощрять использование леворукими детьми ведущей руки при овладении письмом, рисованием, лепкой, при обучении трудовым навыкам. Обязательно следует выделить леворукому ребенку за столом, партой место с левой стороны, чтобы он не сталкивался с правым локтем соседа. На занятиях трудом, на уроках труда необходима техника безопасности на рабочем месте в расчете на леворуких учащихся. Дома же, организуя место для занятий, выполнения уроков, нужно сделать так, чтобы свет из окна или настольной лампы падал с правой стороны.

Примечательно, что у части леворуких детей, уже обладающих достаточным кругозором, удовлетворительной памятью, хорошо владеющих устной речью, встречаются признаки «зеркального» мышления. Оно выражается в инвертном, перевернутом справа налево написании отдельных букв или целых слов, в перестановке цифр при выполнении арифметических действий. Это и упорное чтение слов справа налево, а при закрытых глазах — лучшее угадывание букв в «зеркальном» написании. У таких детей наблюдается, кроме того, поздняя дифференцировка понятий «правое» и «левое», затруднение ориентировки на местности, затруднение в планировании своего поведения.

Чрезвычайно важно как в семье, так и в школе терпимо относиться к такого рода проявлениям. Необходимо снизить требования к каллиграфической стороне почерка леворуких детей, допустимы вертикальное написание букв, наклон почерка влево.

Часто родители задают вопрос: как обучать леворуких детей письму левой рукой, есть ли здесь какие-либо правила? Специальных правил пока нет. Однако существуют в основном две манеры леворукого письма. В более распространенной — левая рука находится в положении, аналогичном тому, как пишут правой рукой. Лист бумаги в этом случае располагается вдоль левой руки с наклоном вправо, при этом рука пишущего находится под строкой. В другой, так называемой инвертной манере письма, лист бумаги по отношению к груди пишущего наклонен влево, рука и ручка находятся над строкой, а кисть повернута в сторону груди.

При обучении письму леворукому ребенку нужно предложить самому избрать ту манеру, которая для него более удобна и позволяет не отставать в скорости письма от праворуких сверстников. Нередко в самом начале обучения ребенок путает правую и левую сторону листа и пытается начать строку справа. В таких случаях следует маркировать цветным карандашом левую сторону листа.

В игровой обстановке дошкольника и во внеклассной работе следует учитывать особенности темперамента леворуких детей: повышенную эмоциональность с ослаблением тормозных процессов. Таких детей желательно вовлекать в подвижные игры, давать разнообразные

поручения, требующие частого переключения внимания.

Большой деликатности требуют воспитательные беседы с леворукими детьми. Очень важно объяснять им вред сокрытия и маскировки леворукости, а рассказы о большом вкладе леворуких в общечеловеческую культуру, примеров чему великое множество и в истории, и в литературе, помогут ребенку преодолеть чувство мнимой неполноценности.

Таким образом, необходимо всячески препятствовать появлению в жизни леворукого ребенка декстрастресса. Конечно, было бы наивно думать, что в нашем праворуком мире можно будет когда-либо устранить все виды декстрастресса. Но препятствовать проявлению наиболее грубых его форм, в первую очередь отказом от насильственного переучивания леворуких детей, необходимо.

Вместе с тем отказ от переучивания не решает всех проблем, связанных с леворукостью, а скорее порождает целый ряд новых проблем, начиная от обучения письму, овладения трудовыми навыками до, возможно, постановки такой социальной проблемы, как изготовление специального оборудования, создание станков и приспособлений, которые бы достаточно просто трансформировались с учетом различия латеральных характеристик человека.

В самом деле, ведь леворукое меньшинство, живущее в праворуком мире, оказывается в невыгодном положении, так как все вокруг — от простейших бытовых предметов до сложнейшего оборудования, рассчитано на правшей. Как же быть в таком случае? Об этом, вероятно, стоит задуматься уже сегодня. Кстати, известен ряд случаев, когда левша вынужден был оставлять любимую работу только потому, что не мог приспособиться к оборудованию, и от этого страдало не только производство, но и личности человека наносилась психологическая травма.

Полезно знать, что левши часто хуже справляются, например, с операторской деятельностью, требующей быстрого переключения внимания, принятия решений и ответных действий. Вместе с тем они успешнее трудятся в области архитектуры, конструирования и моделирования. Левши чаще встречаются среди артистов, художников, скульпторов. Они имеют преимущества в ряде видов спорта, например в фехтовании, теннисе, боксе. Следовательно, леворукость играет существенную роль при выборе профессии и трудоустройстве человека.

Существует еще немало нерешенных вопросов, связанных с леворукостью. Ясно одно — левша ничем не «провинился» перед правшами и следует помочь ему уверенно чувствовать себя в обществе. Проблема леворукости в настоящее время находится в центре внимания ученых. Медицинские работники и педагоги, родители и воспитатели могут и должны внести свой вклад в охрану психического здоровья и созидания полноценной, гармонически развитой и общественно активной личности леворукого ребенка. Именно об этом говорилось на I Всесоюзном семинаре «Охрана здоровья леворуких детей» в июне 1985 года, участники которого — ученые, врачи и педагоги — признали необходимым следующее.

Во-первых, призвать родителей, медицинских работников, воспитателей и педагогов отказаться от переучивания леворуких детей, бережно относиться к латеральным особенностям поведения как биологическим «границам» личности ребенка.

Во-вторых, разработать методические рекомендации, касающиеся особенностей учебной работы левшей и общей педагогики леворукости. И в-третьих, просить Министерство здравоохранения СССР вменить в обязанность медицинских работников дошкольных учреждений выявление леворукости при диспансеризации детей и внесение данных об этом в амбулаторные карты.

Итак, в последнее время отмечается повсеместный рост внимания к проблеме охраны здоровья и воспитания леворуких детей. И говоря об особой актуальности ее в связи с реформой общеобразовательной и профессиональной школы, задачами, стоящими перед органами здравоохранения по охране психического здоровья подрастающего поколения, нельзя не заметить, что отсутствие единых и четких указаний по тактике поведения врача, педагога и родителей в отношении леворуких детей создает значительные трудности в воспитании,

№ пп	Вопросы	Ответы и их оценка в баллах				
		Правой рукой		Любой рукой	Левой рукой	
		чаще	только		чаще	только
		+1	+2	0	−1	−2
1	2	3	4	5	6	7
1.	Какой рукой пишешь?					
2.	Какой рукой рисуешь?					
3.	Какой рукой бросаешь камень, мяч?					
4.	Какой рукой режешь ножницами?					
5.	Какой рукой бьешь молотком?					
6.	Какой рукой держишь зубную щетку?					
7.	Какой рукой расчесываешься?					
8.	Какой рукой стираешь ластиком?					
9.	Какая рука при аплодировании находится сверху?					
10.	В какой руке держишь ложку?					
11.	Какой рукой раздаешь карты при игре в лото и прочие игры?					
12.	Какой рукой нанизываешь бусы, складываешь башню из кубиков?					

Итого сумма баллов:

обучении и подготовке их к полноценному и самостоятельному труду.

Недавно Минздравом СССР были утверждены подготовленные нами (совместно с ассистентом С. Казаковой и врачом-невропатологом А. Гиноянм) методические рекомендации «Выявление леворукости и психогигиена леворуких детей» (Москва, 1985), с помощью которых можно проводить обследование 5—6-летних детей в связи с подготовкой их к обучению в школе. Выявление леворукости рекомендуется начинать с опросов родителей ребенка и персонала детского дошкольного учреждения (при посещении его) о предпочтении левой руки. Если такое предпочтение выявлено, с целью уточнения проводится специальное обследование.

Обследование начинается с опросника, позволяющего провести количественную оценку степени выраженности признаков предпочтения в условных единицах. Так, сумма баллов от —9 до —24 дает основание диагностировать леворукость, от —8 до +8 — обоерукость (амбидекстрия), а от +9 до +24 — праворукость.

Вопросы эти следует дополнять просьбой продемонстрировать то или иное действие, непринужденно, в быстром темпе, лучше индивидуально — вне группы детей, чтобы исключить подражание (научение). При обнаружении по данным опросника леворукости или амбидекстрии проводят следующие специальные сенсомоторные пробы на выявление других латеральных признаков.

Выявление ведущего глаза: ребенку предлагают взять в вытянутые перед собой руки лист бумаги, свернутый в трубку, и при двух открытых глазах посмотреть сквозь отверстие на предмет, находящийся на расстоянии 2—3 метров. Затем, не теряя этот предмет из виду, ребенок должен приблизить лист (трубку) к глазу. Ведущим будет тот глаз, который ребенок использует неоднократно при повторении пробы.

Выявление ведущего уха: ребенка сажают за стол, на котором прямо перед ним лежат часы, и предлагают, не дотрагиваясь руками, на слух определить, работают ли они. То ухо, которым ребенок неоднократно пользуется при повторных пробах (не менее трех), и будет ведущим. Вместо часов можно использовать телефон. Ведущим будет то ухо, к которому ребенок неоднократно подносит трубку.

Моторные пробы: а) переплетение пальцев рук — правый или левый большой палец, оказавшийся сверху, определяет результат пробы; б) перекрест рук на груди — предплечье (но не кисть), оказавшееся сверху, определяет результат пробы.

Использование этих проб в известной мере позволяет судить о возможности изменения предпочтения руки по мере взросления ребенка и в результате переучивания. Далее выясняют наличие леворукости среди ближайших и отдаленных родственников (первой и второй степени родства) путем опроса родителей ребенка. Дело в том, что вероятность стойкой леворукости у обследуемого более высока при наличии среди его родственников леворуких.

Решение вопроса о возможности переучивания леворуких детей, по тем или иным причинам имеющих психологическую установку на праворукость (например, быть «как все», не выделяться), можно принять на основании таких проб. Так, если у леворукого ребенка выявлены некоторые признаки правши, прежде всего ведущий правый глаз, то допускается ненасильственное, осторожное переучивание. В тех же случаях, когда у леворуких детей выявлены в пробах другие левые латеральные признаки, а также леворукость среди родственников, целесообразен полный отказ от переучивания.

Что касается обоеруких (амбидекстров), то для них выбор предпочтения той или иной руки полностью обусловлен результатами сенсомоторных проб. При наличии правых латеральных признаков у левшей (особенно когда ведущий глаз — правый) можно ориентироваться на обучение праворуким действиям. И наоборот, если выявляются левые латеральные признаки, то обучать леворуким действиям.

В заключение хотелось еще раз подчеркнуть, что бытующие взгляды на необходимость и даже обязательность переучивания леворуких детей должны обосновываться объективными данными обследований, в противном случае это может обернуться неблагоприятными последствиями для их развития. И в этой связи психогигиенические мероприятия, смысл которых заключается в бережном отношении к леворуким детям, призваны внести вклад в охрану психического здоровья и воспитания гармонически развитой личности леворукого ребенка.

К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ «ФАКУЛЬТЕТА ЗДОРОВЬЯ»

В 1988 году подписчики получат 12 брошюр, которые выйдут в следующих восьми выпусках: № 1—2; № 3; № 4—5; № 6; № 7—8; № 9; № 10—11; № 12. В числе готовящихся к опубликованию — брошюры на следующие темы.

«Возможности самомассажа» (школа самостоятельного овладения приемами и методами). Автор — кандидат медицинских наук А. М. Тюрин.

«После перенесенного инсульта» (пособие по реабилитации в домашних условиях). Авторы — доктор медицинских наук Л. Г. Столярова и другие.

«Аллергия: сто вопросов и ответов». Авторы — доктор медицинских наук В. А. Адо и другие.

«Поясничный остеохондроз». Автор — доктор медицинских наук В. Е. Гречко.

«Нервная система ребенка». Автор — кандидат медицинских наук Е. Б. Нестеровский.

«Болезни лор-органов: профилактика». Автор — доктор медицинских наук Б. В. Шеврыгин.

«Инфаркт миокарда: первичная и вторичная профилактика». Автор — доктор медицинских наук Л. А. Лещинский.

«Предупреждение желчнокаменной болезни». Автор — доктор медицинских наук В. А. Галкин.

«Пьянство и венерические болезни». Авторы — член-корреспондент АМН СССР Ю. К. Скрипкин и другие.

«СПИД: вопросы и ответы». Авторы — академик АМН СССР В. И. Покровский и другие.

Тематика издания в 1988 году не ограничится кругом вопросов, относящихся к перечисленным темам.

Расширение тематики позволит учесть многие пожелания наших постоянных подписчиков. В рубриках **«Отвечаем на Ваши письма», «Наши рефераты», «Читателю на заметку», «Советует психотерапевт»** и других, читатель почерпнет лучшие практические рекомендации, имеющиеся в арсенале лечебных и профилактических средств. За год постоянный подписчик получит и серию **«Красота и здоровье: изящная фигура»**, тематическую коллекцию юмористических рисунков, а в рубрике **«Энциклопедия здоровья»** — популярный медицинский словарь-справочник.

Напоминаем Вам, что издание «Факультет здоровья» распространяется только по подписке (ежеквартальной, полугодовой, годовой). Индекс нашего издания — 70063, стоимость годовой подписки — 1 руб. 80 коп.

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

12/87

И.Г. Ураков

ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛИЗМА

СОДЕРЖАНИЕ

Издательство
«Знание»
Москва 1987

УРАКОВ Игорь Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения Всесоюзного научного центра медико-биологических проблем наркологии, член Московской городской организации общества «Знание». Автор 220 научных статей по проблемам алкоголизма и наркомании, монографии «Хронический алкоголизм» (М.: Медицина, 1977), 5 научно-популярных брошюр по наркологии.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

В известной мере наше отношение к алкоголю определяется знаниями о его действии на организм человека и о последствиях разового, единичного и систематического употребления тех или иных доз спиртных напитков. К сожалению, все еще значительная часть населения не знает либо забывает, что неблагоприятное влияние употребления спиртных напитков определяется двумя моментами.

Во-первых, в силу фармакологического эффекта, присущего алкоголю, даже малые дозы спиртного приводят к изменению многих физиологических реакций, неблагоприятно сказывающемуся на поведении человека и его трудовой деятельности. Во-вторых, систематическое употребление алкоголя, будь оно проявлением привычного пьянства или болезнью — алкоголизмом, ведет к стойким неблагоприятным медико-биологическим последствиям, которые в еще более грубой форме и тяжелой степени нарушают поведение и здоровье пьющего, его трудовую деятельность.

От пьянства и алкоголизма страдают не только сами пьющие, но прежде всего окружающие их люди. Последствия не ограничиваются несчастьем родных и близких, распространяются на всех членов общества и на будущие поколения.

Социальные последствия проявляются уже на ранних этапах злоупотребления спиртными напитками. Достаточно напомнить, что три четверти всех правонарушений, как сообщала наша печать, связаны с пьянством или совершены в состоянии алкогольного опьянения. Когда человек регулярно употребляет спиртные напитки, а тем более пьет неумеренно, тяжесть медицинских и социальных последствий хронической алкогольной интоксикации многократно возрастает.

В нашей стране всегда уделялось большое внимание мероприятиям, направленным на предупреждение пьянства и алкоголизма. Наряду с административными, законодательными мерами борьбы с пьянством в нашем государстве последовательно осуществляется широкий комплекс медицинской помощи больным алкоголизмом, создана специализированная наркологическая служба, в структуре которой предусмотрено достаточное разнообразие стационарных, полустационарных и амбулаторных подразделений, чтобы охватить самые разные контингенты лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. Именно сочетание законодательных, административных и медицинских мероприятий с воспитанием у населения трезвеннических установок способствует искоренению еще имеющих место «алкогольных» обычаев и традиций, ликвидации пьянства и алкоголизма.

Медико-гигиенические мероприятия по профилактике пьянства и алкоголизма ориентированы, с одной стороны, на антиалкогольные санитарно-гигиеническое просвещение населения, выработку трезвеннических установок у людей, а с другой — на возможно более раннее выявление и активное привлечение к противоалкогольному лечению лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и больных алкоголизмом. Специализированная наркологическая служба, включающая в себя комплекс стационарных, полустационарных и амбулаторных подразделений, и призвана служить этой цели.

Особенностью созданной наркологической службы является ее тесное взаимодействие со всеми ведомствами и органами, имеющими отношение к осуществляемой в стране борьбе с пьянством и алкоголизмом. Наркологическая служба позволяет оказывать лечебную помощь и контролировать лечение всех выявленных больных алкоголизмом независимо ни от выраженности и тяжести заболеваний, ни от установок и отношения больного к лечению. К больным алкоголизмом, которые уклоняются от лечения и ведут асоциальный образ жизни, по решению народного суда мо-

жет быть применено принудительное лечение сроком до 2 лет в лечебно-трудовых профилакториях системы органов внутренних дел.

В настоящее время специализированная наркологическая служба представляет собой систему взаимосвязанных и объединенных единым центром — наркологическим диспансером — различных по структуре и по характеру амбулаторных и стационарных подразделений. Амбулаторные подразделения наркологической службы включают участковые наркологические кабинеты, часть из которых в целях приближения к населению может размещаться в поликлиниках общего типа (общесоматических), в медико-санитарных частях промышленных предприятий. При этом врачи-наркологи работают в тесном контакте с врачами поликлиник и медико-санитарных частей, что способствует раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, повышению качества и комплексности лечения.

Врачи-наркологи работают в тесном контакте с фельдшерскими наркологическими пунктами, развернутыми на крупных предприятиях. Существенную помощь фельдшерам-наркологам в выявлении лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, и в проведении оздоровительной противоалкогольной работы с коллективом оказывают общественные наркологические посты из числа работников предприятия, активистов общества Красного Креста.

Особой формой амбулаторной помощи лицам, злоупотребляющим спиртными напитками, является анонимное противоалкогольное лечение. Лицо, осознающее зависимость от спиртных напитков, но в силу тех или иных причин не желающее обращаться в наркологический диспансер по месту жительства, может получить анонимно (т. е. без указания фамилии, места работы и жительства) противоалкогольное лечение.

Имеются и полустационарные формы наркологической помощи, соединяющие в себе элементы как амбулаторного, так и стационарного лечения, в которых создаются условия для длительного лечения больных без отрыва от производства. К ним относятся ночные и общеоздоровительные профилактории промышленных предприятий, дневные стационары наркологических диспансеров. Большое развитие получили и стационарные подразделения наркологических отделений при предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства. Во время лечения в этих подразделениях больные активно участвуют в труде на предприятии, при котором организовано такое наркологическое отделение. Лечение в них сочетается с трудом.

В городах, районах, на крупных предприятиях и при районных жилищных управлениях создаются комиссии по борьбе с алкоголизмом, в которые входят работники административных и общественных районных организаций, сотрудники милиции и прокуратуры, врачи-наркологи, работники молодежных, культурно-просветительных, торговых организаций, просвещения. Комиссии организуют и контролируют профилактическую антиалкогольную работу на подведомственной территории, а выявление наркологами больных алкоголизмом на ранних этапах заболевания позволяет более эффективно организовать их лечение.

Вклад в общенародное движение за трезвость вносит и Всесоюзное добровольное общество борьбы за трезвость. Перед этой массовой общественной организацией стоит цель объединить в борьбе за трезвость широкие массы советских людей. Общество призвано вести активную профилактическую антиалкогольную работу, создавая обстановку острой нетерпимости к пьянству, способствовать формированию антиалкогольного общественного мнения и содействовать усилению общественного контроля за строгим соблюдением антиалкогольных законодательных актов. Члены общества должны внедрять в быт новые социалистические обычаи и обряды, исключающие употребление алкоголя.

После выхода в свет постановления ЦК КПСС от 7 мая 1985 года «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» борьба с этими уродливыми явлениями приобрела не только общегосударственный, но и народный характер. И практика прошедших двух

лет подтверждает реальность поставленной задачи — искоренить пьянство из жизни нашего общества.

Вместе с тем анализ хода выполнения этой задачи, опубликованный в газете «Правда» (от 2 июня 1987 года), показывает, что пока не удалось повсеместно создать широкий фонт борьбы с пьянством, поднять воспитательную роль и влияние трудовых коллективов, обеспечить умелое сочетание воспитательных, экономических и административно-правовых мер. Отмечено, что нет заметного поворота к дифференцированным, индивидуальным формам работы с конкретными носителями социального зла. Подчеркивается, что пристрастие к спиртному нельзя преодолеть наскоком, шумными кратковременными кампаниями, без упорной, систематической, неотступной работы. И попытки решить проблему искоренения пьянства главным образом запретительными, административными методами не только не дают прочных результатов, а, напротив загоняют болезнь вглубь, порождают новые проблемы, в итоге — компрометируют важное, нужное дело.

Одной из форм первичной профилактики пьянства и алкоголизма является антиалкогольная пропаганда. В нашей стране в ней принимают участие средства массовой информации — радио, телевидение, печать, кино, многотысячная армия лекторов Всесоюзного общества «Знание», народных университетов культуры, члены Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость, Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Деятельность их направляется на развертывание убедительной, аргументированной антиалкогольной пропаганды, на обеспечение активного участия все более широких масс трудящихся в борьбе за утверждение здорового образа жизни.

Между тем в постановлении ЦК КПСС было отмечено, что антиалкогольная пропаганда не всегда носит наступательный характер, нередко обходит острые вопросы, что значительная часть населения недостаточно осведомлена о вреде употребления спиртных напитков для здоровья нынешних и особенно будущих поколений, для общества в целом. Действительно, еще бытует мнение о якобы безвредности умеренного, так называемого культурного винопотребления. Такое ошибочное мнение основано на недопонимании того, какой эффект алкоголь оказывает на человеческий организм и к каким последствиям приводит разовое, единичное или систематическое употребление спиртных напитков.

ОБ ЭФФЕКТАХ ОПЬЯНЕНИЯ И ДОЗАХ СПИРТНОГО

Прежде чем начать разговор о медицинских и социальных последствиях пьянства и алкоголизма, следует, по-видимому, обратить внимание на тот факт, что неблагоприятные последствия, связанные с приемом алкоголя, имеют место даже при однократном употреблении самых малых доз спиртных напитков. И это не удивительно, таковы фармакологические свойства алкоголя, вызывающие опьянение.

Типичная картина алкогольного опьянения существенно меняется в зависимости от дозы принятых спиртных напитков. Так, например, при легкой степени алкогольного опьянения в одних случаях состояние человека сопровождается понижением настроения, стремлением к уединению, раздражительностью, в других — возникает желание общаться с окружающими. Важно то обстоятельство, что состояние легкого опьянения вызывает изменение привычного, свойственного конкретному человеку эмоционального фона.

Меняется и поведение опьяневшего: речь его становится излишне громкой, акцентированной, а движения — резкими, порывистыми, точность и координированность их нарушается. Мышление ускоряется, но снижается его глубина, последовательность и логичность. Известная живость мышления у опьяневшего связана с ускорением ассоциативных процессов. Однако, явление это отнюдь не нормальное, так как качество мышления снижается, наиболее часто отмечаются при этом поверхностные ассоциации, примитивизация чувств.

Собственно, изменение поведения,

его привычных форм и происходит вследствие таких сдвигов в эмоциональном фоне, в процессах мышления. Безусловно, оно становится менее продуманным, более рефлексивным. Опьяневший с меньшей критикой воспринимает окружающее, снижается возможность его реальной оценки. Уже в состоянии легкого алкогольного опьянения возникает риск непредсказуемых эмоциональных и поведенческих реакций выпившего человека, чреватых конфликтами с окружающими, либо действий, несущих угрозу ему самому — его здоровью. Ведь облегчается импульсивность действий и поступков, часто они непосредственно следуют за любой возникшей мыслью.

Как правило, в состоянии легкого алкогольного опьянения отмечается легкое покраснение, а реже — побледнение кожных покровов выпившего, учащение его пульса, нередко усиливаются аппетит, половое влечение. Все это свидетельствует о расторможенности под влиянием алкоголя подкорковых мозговых центров за счет угнетения тормозных процессов в коре больших полушарий мозга.

Более значительные дозы спиртных напитков обусловливают возникновение средней степени опьянения, когда угнетающее действие алкоголя начинает распространяться уже и на подкорковые центры головного мозга. При этом состояние и поведение человека существенно отличаются от описанных выше.

Так, повышенное настроение, часто характерное для легкой степени опьянения, сменяется нередко длительными преходящими, или кратковременными состояниями раздражительности, придирчивости, недовольства окружающими, обидой. Вследствие недостаточной контролируемости собственных эмоций переживания выпившего могут легко реализоваться в действия, направленные и против окружающих. Характерно, что это происходит без особых раздумий с его стороны. А при достаточно выраженном состоянии опьянения человек не только утрачивает способность оценивать в целом сложившуюся ситуацию, но и свое место в ней, взаимоотношения с окружающими. И поэтому действия его становятся опасными для самого опьяневшего и для окружающих его людей.

Такие проявления средней степени алкогольного опьянения свидетельствуют о более глубоком угнетении коры головного мозга и параллельно нарастающем процессе угнетения подкорковых центров головного мозга. Угнетающее воздействие алкоголя на подкорковые центры проявляется, в частности, в том, что речь опьяневшего становится нечеткой, смазанной — нарушается артикуляция,— словно «каша во рту». Заметной становится нечеткость действий. Обеспечивающая в норме у человека координацию его движений согласованная работа мышц-антагонистов нарушается, и неуверенность, шаткость походки в состоянии опьянения усугубляются расстройством функции вестибулярного аппарата, регулирующего состояние равновесия.

Существенно затрудняется при выраженном алкогольном опьянении восприятие окружающего. Так, например, увеличивается порог слухового и зрительного восприятия: до опьяневшего «доходят» только сильные звуки, он видит преимущественно более освещенные предметы. Вместе с тем отмечаются и расстройства способности правильно оценивать время, расстояния, скорости.

Средняя степень опьянения обычно сменяется глубоким сном. Проснувшись, человек испытывает обычно ряд неприятных телесных и психических ощущений — разбитость, слабость, вялость, апатию, отсутствие аппетита, сухость во рту, повышенную жажду и, как правило, снижение настроения. Умственная и физическая работоспособность после выраженного состояния алкогольного опьянения значительно снижена.

Рассмотрим же, какой эффект оказывают на человеческий организм так называемые малые дозы алкоголя, а главное, какими последствиями чревато их употребление.

Примечательны результаты специальных экспериментов по изучению влияния малых доз алкоголя на непьющих людей, на изменения психических и физиологических функций. Так, например, в опытах было установлено, что прием 30 г алкоголя снижал

эффективность умственной работы у испытуемых на 12—26 %, и характерно, что такое ухудшение отмечалось и в последующие 1—2 дня. Оказалось, что даже самые малые дозы алкоголя ведут к значительному ухудшению качества внимания, а с принятием 30 г число пропусков в чтении текста возрастало в 15 раз, других ошибок — в 2 раза.

В то же время сопоставление объективных показателей умственной работоспособности и субъективного ощущения позволило установить, что прием малых доз (15—30 г) алкоголя здоровыми испытуемыми субъективно приводит к ощущению подъема работоспособности, а между тем объективные показатели (различные психологические тесты) свидетельствуют о снижении концентрации внимания, ухудшении мыслительных способностей, качества умозаключений и суждений. Речь идет о закономерном ухудшении процесса мышления и прежде всего творческого.

Влияние алкоголя на творческие процессы можно проиллюстрировать таким фактом. Например, один из мастеров-шахматистов испытывал на себе действие алкоголя специально, в порядке эксперимента, в двух сеансах одновременной игры на 15 досках. В первый раз, в контрольном сеансе, будучи как всегда абсолютно трезвым, он выиграл 10 партий, а 5 свел вничью. Во втором же сеансе, экспериментальном, после приема 75 г коньяка, выиграл только 5 партий, 8 свел вничью, а 2 — проиграл при том же самом составе играющих противников.

Подобное заключение об отрицательном влиянии малых доз алкоголя подтверждается самыми различными экспериментами, в которых выяснился целый ряд специфических закономерностей. Вот, например, в одном из них испытуемым давали принять небольшие дозы алкоголя (от 7 до 60 г), чтобы на фоне их влияния изучить изменения скорости ассоциативных процессов, чтения, сложения однозначных чисел и других показателей мышления. Оказалось, что хотя реакции возникали во многих случаях своевременно и даже несколько быстрее, однако гораздо чаще, чем в норме — без воздействия алкоголя, они носили ошибочный характер. Выявилось, что незначительное сокращение времени реакции после приема малых доз алкоголя достигается именно за счет снижения качества и правильности совершаемых действий.

Показательны результаты исследований, проводившихся еще на рубеже столетия. Для изучения влияния малых доз алкоголя на концентрацию внимания здоровым, непьющим испытуемым предъявлялись для чтения через узкую прорезь быстро пробегающие перед глазами одно- и двусложные слова. И после приема 30 г алкоголя у них постепенно увеличивалось число пропусков при чтении и возрастало число ошибок. По мере усложнения задания в опыте число допускаемых ошибок возрастало в большей степени. Иными словами, более сложные задачи на фоне действия малых доз алкоголя приводили к значительно большему числу ошибок.

Результаты этих исследований позволили выявить следующую закономерность: отрицательное влияние малых доз алкоголя усиливается по мере усложнения характера работы, и отрицательный эффект их приема тем выше, чем более творческой работа является по своему характеру. Последующие исследования подтвердили тот факт, что малые дозы алкоголя в большей степени отрицательно влияют на результаты творчески активной работы, чем на выполнение простых механических действий.

Отрицательное влияние малых доз алкоголя на процессы внимания и творческую деятельность в целом проявляется не только в период опьянения: они оказывают выраженный эффект последействия.

Последействие влияния малых доз алкоголя на мыслительную деятельность на протяжении нескольких дней после их однократного приема было изучено в специальных экспериментах. Так у непьющих выявляли изменения реакции выбора, способности к счетным операциям, к заучиванию текстов наизусть. Выяснилось, что после приема малых доз алкоголя у обследованных здоровых лиц лишь вначале и в течение очень непродолжительного времени отмечалось укорочение времени реак-

ции. Однако при этом оно сопровождалось увеличением числа неправильных ответов в 3—5 раз. Значительно снижалась способность правильно складывать числа уже сразу после приема малых доз алкоголя, и такое ухудшение сохранялось на протяжении всего следующего дня. В отношении запоминания было установлено, что отрицательный эффект принятия малых доз алкоголя (40, 60 и 80 г в день) скрытно сохраняется на протяжении целой недели после прекращения их приема и выявляется при последующем возобновлении.

Способность к запоминанию ухудшалась сразу же после приема алкоголя, но наиболее полно это проявлялось на следующий день. Сразу же после приема здоровыми лицами малых доз алкоголя значительно снижался уровень качества ассоциаций. Это ухудшение продолжало держаться на протяжении последующих двух дней. И вместо высококачественных ассоциаций у испытуемых возрастала частота более примитивных, например, ассоциаций по созвучию.

Также сразу же после приема малых доз алкоголя ухудшалась способность к запоминанию чисел при заучивании текста наизусть, и это ухудшение держалось на протяжении всего последующего дня. Подобные разносторонние эксперименты по изучению влияния малых доз алкоголя на различные психические функции непьющего человека наглядно и убедительно свидетельствуют, что память, внимание и творческий процесс существенно и надолго нарушаются после приема даже самых малых доз спиртных напитков. При этом чем выше психические функции, тем больший ущерб наносит им прием алкоголя и тем дольше проявляется отрицательное последействие даже малых доз спиртных напитков.

И все же многие убеждены в том, что малые дозы алкоголя «стимулируют» психические функции, повышают психическую работоспособность. Почему они в этом убеждены? Да потому, что, как правило, субъективно отмечают у себя повышение работоспособности. Но данные экспериментов прямо противоречат их субъективным ощущениям.

Подобное противречие между субъективным восприятием выполнения работы и ее объективными показателями также изучалось в специальных экспериментах. Обследовались типографские наборщики и машинистки, которым давались малые дозы алкоголя. Все испытуемые отмечали, что после приема 30 г алкоголя работа идет лучше и легче. Однако объективная проверка результатов их работы показала, что увеличилось число ошибок, пропусков, а качество набора и печатного текста заметно ухудшилось.

Малые дозы алкоголя оказывают свое отрицательное действие не только на память, внимание, мышление, творческий процесс в целом, но также на выполнение простых действий, в частности на процесс координации движений, восприятие и ориентировку. Как свидетельствуют исследования, всего одна выпитая кружка пива (а в зависимости от сорта пива в ней содержится от 15 до 30 г чистого спирта) заметно замедляет и быстроту мышления, и скорость двигательных реакций. При записи биотоков мозга в это время выявляются существенные отклонения от нормы.

После приема 7,5—10 г алкоголя отмечается непродолжительное ускорение движения. Однако наряду с этим укорочением времени двигательной реакции снижаются качество, точность и соразмерность движений. Это подтверждают и зарубежные исследователи.

Недавно на автодроме в Лейпциге (ГДР), на празднике мотоциклистов был проведен наглядный эксперимент, еще раз доказавший недопустимость малых доз алкоголя для тех, кто водит машину. Трое из пяти водителей, участвовавших в опыте, приняли небольшую дозу пива, а на дорогу перед движущимися автомобилями неожиданно выбрасывали большую тряпичную куклу. Но ни одному из выпивших водителей не удалось вовремя затормозить машину, тогда как двое не пивших тут же остановились.

Алкоголь отрицательно сказывается и на различных видах восприятия. Так, в результате специальных экспериментов установлено, что в норме для восприятия слухового и зрительного ощущения

требуется 0,19 секунды. После приема 60—100 г алкоголя здоровыми, непьющими людьми время восприятия этих раздражителей увеличивается уже до 0,297 секунды, то есть в 1,5 раза. Прием даже малых доз алкоголя замедляет восприятие болевых раздражителей. В среднем после приема 60 г алкоголя время восприятия болевых ощущений возрастает почти в 2 раза.

Таким образом, прием непьющими людьми даже незначительных, казалось бы, доз спиртных напитков существенно снижает у них качество, точность, координацию движений, увеличивает время двигательных реакций и время восприятия различных раздражителей. Выраженность таких проявлений связана с количеством принятого алкоголя, концентрацией его в крови.

В многочисленных медико-лабораторных исследованиях были выявлены соотношения между концентрацией алкоголя в крови и характером изменений различных физиологических реакций и поведения человека в состоянии алкогольного опьянения.

Так, если концентрация алкоголя в крови составляет 0,21—0,4 г/л, у человека отмечается нарушение координации движений. Простейшая пальце-носовая проба (при закрытых глазах нужно коснуться пальцем кончика своего носа) выполняется им с ошибкой. Повышается порог болевой чувствительности у него.

Если же концентрация алкоголя в крови составляет 0,41—0,6 г/л, то наступает значительное ухудшение зрительного восприятия. При этом, в частности, отдельные мерцания перестают различаться и воспринимаются человеком как постоянный источник света.

Концентрация алкоголя в крови, равная 0,61—0,8 г/л, ведет к изменению бинокулярного зрения, обеспечивающего пространственную ориентацию человека. При той же концентрации алкоголя в крови возникает неустойчивость позы в фиксированном положении, например, если сдвинуты вместе пятки, руки вытянуты вперед, голова слегка откинута назад и глаза закрыты. Не удивительно, что при такой концентрации алкоголя в крови человек допускает нарушения в управлении автомобилем.

Если концентрация алкоголя в крови повышается до 1,01—1,5 г/л, нарушения координации всех движений приобретают резко выраженный характер. Испытуемый, например, не может нагнуться, не потеряв устойчивости, не может сразу поднять с пола монету, не совершая при этом ошибочных движений. Все виды восприятия — слухового, зрительного, болевого — у него существенно замедлены.

При концентрации алкоголя в крови, достигающей 2,01—3,0 г/л, человек полностью забывает весь период опьянения, не контролирует свое поведение. При концентрации 3,01—5,0 г/л алкоголя в крови развивается острое алкогольное отравление, сопровождающееся бессознательным состоянием и угрожающее параличом дыхательного центра, ведущего к летальному исходу.

При изучении времени выбора и принятия решения специальными психофизиологическими методами было показано, что в нормальных условиях здоровому непьющему человеку для адекватной реакции, организации исполнительной команды и передачи ее двигательным центрам мозга необходимо 100—150 миллисекунд. Но в эксперименте именно настолько увеличилось время опознания объекта и двигательной реакции после приема испытуемыми 60 г водки. Эти эксперименты позволили установить, что процесс принятия решения существенно нарушается даже при воздействии малых доз алкоголя. При этом нарушения в центральном звене, объединяющем в единый механизм восприятие и двигательные реакции нервной системы, приводят к увеличению времени принятия решения.

Любой творческий процесс складывается из ряда последовательно меняющихся трудовых действий, операций, каждый раз требующих принятия того или иного решения. И потеря на каждом из них сотен миллисекунд отрицательно влияет в целом на объем и качество выполняемого труда.

Рассмотренные особенности действия малых доз алкоголя свидетельствуют, что их употребление несовместимо с трудовой деятельностью в условиях современного производства. Здесь требуются

прежде всего незамедлительное принятие продуманных решений, высокая концентрация и устойчивость внимания, скорость реагирования человека-оператора на самые различные виды сигналов, быстрая ориентировка в меняющихся условиях работы.

Следует постоянно помнить о том, что можно заплатить большую цену за самую малую дозу принятого человеком алкоголя!

АЛКОГОЛЬ И ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Опьяняющий эффект любого спиртного напитка обусловлен тем, что в нем содержится этиловый (винный) спирт в той или иной концентрации. Обычно большинство спиртных напитков (за исключением фруктовых и виноградных вин, пива, получаемых в результате естественного брожения) изготовляется путем смешивания в различных пропорциях этилового спирта, воды и разнообразных добавок, придающих им тот или иной аромат и вкусовые качества. При этом токсичность спиртных напитков определяется наличием в них побочных продуктов, так называемых сивушных масел.

Существующие промышленные технологии производства спиртных напитков, приготовляемых из этилового спирта, предусматривают такую степень очистки, при которой содержание сивушных масел в напитке минимально. Что касается спиртных напитков домашнего изготовления, получаемых путем дистилляции продуктов брожения (брага), а также спирта — пресловутого самогона, то содержание сивушных масел в них может доходить до 1,5 % из-за невозможности более полного удаления в подавляющем большинстве случаев. И, конечно, самогон, как правило, дает более выраженный токсический эффект, чем те же крепкие спиртные напитки (водка, настойки) заводского производства.

Какими же путями и почему воздействует алкоголь отрицательно на здоровье человека?

Важнейшее фармакологическое свойство этилового спирта заключается прежде всего в том, что он обладает способностью быстро всасываться в желудочно-кишечном тракте, всасывание начинается фактически уже в ротовой полости. Период этот (фаза резорбции — всасывания) после приема алкоголя продолжается в течение 1,5 — 2 часов, включая и время распространения его в органах и тканях человеческого организма. Затем наступает период выведения алкоголя и продуктов его обмена из организма — фаза элиминации. При приеме натощак наивысшая концентрация алкоголя в крови появляется через 15—20 минут, и постепенно 90—92 % дозы окисляется в организме полностью, превращаясь в конечный продукт — воду и углекислый газ.

Окисление алкоголя начинается сразу же после его приема и достигает наибольшей интенсивности в первые 5—6 часов, а затем снижается в последующие 6—16 часов, причем весь процесс окончательного окисления может длиться до 2 недель (при дозе 50—100 г). Приблизительно 90 % принятого алкоголя окисляется в печени под воздействием особого фермента — алкогольдегидрогеназы, оставшиеся 10 % дозы окисляются с участием других ферментных систем, выделяются из организма с выдыхаемым воздухом, потом и мочой. Если в первые часы после приема концентрация алкоголя в крови превышает его концентрацию в моче, то спустя 2,5—3 часа наблюдается обратное соотношение. Более того, на поздних этапах окисления алкоголь может уже отсутствовать в крови, но еще находиться в моче.

Известно, что окисление алкоголя в организме происходит в три этапа.

На первом — алкоголь преобразуется в ацетальдегид, обладающий выраженными токсическими свойствами по отношению к нервной и сердечной системе в частности. Конечно, значительные концентрации ацетальдегида, образующиеся при злоупотреблении алкоголем (большие дозы, частый прием), оказывают токсическое воздействие и разнообразное неблагоприятное влияние практически на все системы человеческого организма. На следующем этапе окисления происходит превращение ацетальдегида в уксусную кислоту или ее активные формы, отрицательно воздействующие на организм. Наконец, пре-

вращение уксусной кислоты в конечный продукт окисления алкоголя — углекислый газ и воду является завершающим цикл обмена этапом.

Влияние промежуточных продуктов окисления алкоголя заключается в том, что так или иначе они принимают участие в синтезе жиров, холестерина, углеводов и белков. Иными словами, они связаны с основными обменными процессами жизнедеятельности организма и влияют на нормальное течение этих процессов. Окисление фиксированного алкоголя (известная часть принятой дозы фиксируется печенью, почками и другими тканями организма) заканчивается в течение 2—2,5 недель после приема спиртных напитков.

Способность алкоголя быстро всасываться в кровь обусловливает его воздействие практически на все органы, ведь они пронизаны и окружены целой сетью кровеносных сосудов, и проникновение алкоголя в те или иные органы или ткани тем больше, чем обильнее кровеносная сеть, питающая их и тем самым обеспечивающая обменные процессы. Как известно, кровоснабжение головного мозга в 16 раз превосходит таковое мышц конечностей, а значит, и насыщение мозга алкоголем происходит значительно быстрее, чем мышц. При этом и скорость выведения из мозга и спинномозговой жидкости, омывающей головной и спинной мозг, отстает от выведения алкоголя другими органами и тканями — концентрация его в мозговой ткани выше и держится дольше, чем в крови.

Не удивительно, что в первую очередь на прием спиртных напитков реагирует нервная система. Такая прицельная избирательность воздействия на клетки нервной системы связана с тем, что содержащиеся в них в большом объеме так называемые липиды (жировые образования) легко растворяются спиртом. Так, алкоголь, проникая в нервные клетки, снижает их реактивность, при этом нарушается деятельность клеток коры больших полушарий, а затем его действие распространяется на клетки подкорковых центров и спинного мозга. При однократном и редком употреблении спиртных напитков эти нарушения носят еще обратимый характер, систематическое же приводит к стойкому и многообразному нарушению функций нервных клеток, к их структурному перерождению и гибели.

Известно, что деятельность нервной клетки выражена в последовательных процессах возбуждения и торможения. Алкоголь прежде всего угнетает процесс торможения в коре больших полушарий головного мозга. Вследствие угнетения процессов торможения в нервных клетках коры происходит растормаживание подкорковых центров головного мозга. Именно этим объясняется столь типичное для картины алкогольного опьянения состояние возбуждения.

Каким же путем алкоголь воздействует на процессы возбуждения и торможения в нервных клетках? Сейчас известно, что процессы возбуждения и торможения в нервных клетках осуществляются с помощью биогенных аминов — биологически активных веществ, которые синтезируются в мозгу и служат химическими передатчиками возбуждения с одного нервного окончания клетки на другое. Каждая нервная клетка имеет отростки, с помощью которых клетки соединяются друг с другом посредством синапсов. Синапсы являются своеобразными регуляторами, которые обладают способностью либо пропускать нервный импульс возбуждения дальше, либо блокировать его (тормозить), прерывая процесс передачи.

Значительная часть биогенных аминов, обеспечивая непрерывность передачи процесса возбуждения от клетки к клетке, разрушается под влиянием специальных ферментов. В обычных условиях запасы биогенных аминов в нервной клетке или в ее окончаниях восстанавливаются, система постоянно находится в равновесии: биогенных аминов вырабатывается достаточно, чтобы полностью обеспечить нормальное функционирование нервных клеток, регулирующих обмен веществ и поведенческие реакции человека. Это равновесие под воздействием алкоголя нарушается.

Тонко сбалансированная система равновесия биогенных аминов мозга нарушается даже при однократном приеме небольших доз спиртных напитков. Эти нарушения в еще большей степени возрастают при регулярном или систематическом приеме спиртных напитков. На-

пример, регулярность приема спиртных напитков способствует, до известного предела, чрезмерной стимуляции синтеза катехоламинов, вслед за которой наступает стадия истощения их синтеза.

Установлено, что большую роль в химической регуляции передачи нервных возбуждений играют эндогенные (вырабатываемые организмом) опиоиды, опосредующие действие алкоголя на биогенные амины (катехоламиновые системы) мозга. Исследования по изучению нейрохимических механизмов влияния алкоголя на нервную систему показали, что прием алкоголя приводит к нарушению взаимодействия систем эндогенных опиоидов и связанных с ними других нейромедиаторных и эндокринных систем, то есть в конечном итоге ведет к нарушению нормальной и сбалансированной деятельности самых различных систем организма, обеспечивающих устойчивость его функционирования во внешней среде.

Прием алкоголя, воздействуя на нервную систему и нарушая ее функции, вызывает настоящую цепную реакцию изменения в деятельности других систем организма, которые по принципу обратной связи, в свою очередь, опосредованно усугубляют первоначально возникшие неблагоприятные последствия, как преходящие, так и стойко выраженные.

Поясним это на ряде примеров. Так, прием алкоголя, воздействуя через центральную нервную систему, опосредованно стимулирует повышенную секрецию желудочного сока. Однако, несмотря на повышенное количество выделяемого при этом стенкой желудка сока, он содержит значительно меньше, чем в норме, пищеварительных ферментов, его пищеварительная способность снижена.

Воздействуя на подкорковые центры глубоких структур мозга, алкоголь затрагивает функционирование сосудодвигательного центра продолговатого мозга, осуществляющего регуляцию, в частности, поверхностных сосудов кожи. И после приема алкоголя расширение этих сосудов субъективно воспринимается выпившим человеком как ощущение тепла. Отсюда бытующее заблуждение о том, что алкоголь обладает согревающим действием. На самом деле эффект наблюдается противоположный — расширение кожных сосудов ведет лишь к повышенной теплоотдаче тела.

Чем сильнее опьянение и в силу этого сильнее токсический эффект алкоголя в отношении продолговатого мозга, тем выше теплоотдача и, следовательно, быстрее начинает понижаться температура тела. Такое расхождение между субъективным восприятием ощущения тепла у выпившего человека и объективно происходящей повышенной теплоотдачей тела может привести к трагическим последствиям: в условиях холодов и мороза опьяневший может легко и быстро замерзнуть.

Очень быстро алкоголь проникает в молочные железы. Так, например, после приема кормящей матерью 50 г крепких спиртных напитков содержание алкоголя в молоке достигает 2,5‰, а у грудного ребенка после кормления содержание алкоголя в крови составляет 0,1. Для хрупкой нервной системы новорожденного такой концентрации алкоголя более чем достаточно, чтобы нанести ей невосстановимые повреждения.

Поступая в организм, в неизменном виде алкоголь выделяется путем дыхания, со слюной и в основном через почки. Так вот, фильтруясь из крови через почечные канальцы, алкоголь не только раздражает их, но и усиливает выделение вместе с ним многих ценных и необходимых для нормальной жизнедеятельности организма веществ.

В результате нарушается электролитный состав крови, содержание в ней таких элементов, как калий, натрий, кальций, магний. Каждый из этих элементов выполняет ту или иную важную для организма функцию. Так, при недостатке магния в организме отмечаются раздражительность, дрожание рук, тела, судороги, повышается артериальное давление. Избыток же натрия ведет к задержке и накоплению в организме жидкости.

В норме электролитный состав крови сбалансирован, изменение же содержания в крови лишь одного из элементов вызывает повышение или понижение содержания других ее элементов. У человека, принявшего алкоголь, содержание в моче магния в несколько раз увеличивается. Прием алкоголя сдвигает кислотно-щелочное равновесие крови в сторону кислотности. Это способствует усилению

расхода аскорбиновой кислоты, снижению запаса витамина B_1 как в крови, так и в мозге.

Алкоголь тормозит активность ферментов, обеспечивающих мышечные сокращения, вследствие чего изменяется энергетический баланс, снижаются окисление жирных кислот, синтез белков и нарушается обмен кальция в мышечных волокнах. Все это изменяет силу сокращения мышц и энергетические затраты и способствует возникновению мышечной усталости. Под воздействием спиртных напитков нарушается обмен молочной кислоты и тормозится ее выделение. Поэтому при той или иной степени почечной недостаточности резко возрастает содержание шлаков в крови, что повышает риск возникновения уремии.

Особо следует подчеркнуть, что у лиц, склонных к язвенному заболеванию желудка и 12-перстной кишки, спиртные напитки могут способствовать изъязвлению слизистой и вызывать кровотечение. Как известно, отдельные органы пищеварительного тракта связаны между собой функционально. Алкоголь, систематически поступающий в организм, в основном окисляется печенью, такая дополнительная нагрузка на ее функцию приводит к тому, что может тормозиться выделение биллирубина, а отток желчи постепенно замедлиться. Это уже само по себе способствует возникновению желчнокаменной болезни.

Вместе с тем, снижая перистальтику (двигательную активность) желудка и кишечника, что особенно наглядно выявляется в период опьянения, алкоголь может способствовать затеканию такой токсической желчи в протоки поджелудочной железы и ее воспалению. У лиц, склонных к диабету, под влиянием алкоголя легче возникают панкреатиты. Вместе с тем при приеме спиртных напитков у них резко повышается риск «передозировки» алкоголя, так как и без того высок уровень вырабатываемого самим организмом в процессе обмена так называемого эндогенного этанола. А это угрожает наступлением диабетической комы.

Употребление, а тем более злоупотребление спиртными напитками, воздействуя на функции центральной нервной системы, опосредованно приводят к нарушениям всех основных видов обмена — белкового, углеводного, жирового. Характерно, что при этом специфические нарушения имеют место в функционировании систем организма, таких, как сердечно-сосудистая, нервная, выделительная, иммунная, эндокринная и отдельных органов.

Регулярный прием спиртных напитков ведет к нарушению белкового обмена, и это, в свою очередь, способствует изменению активности дыхательных ферментов печени, тесно связано с состоянием коры надпочечников и функционированием такой сложной системы, как «гипоталамус (подкорковая структура мозга) — гипофиз — кора надпочечников».

Вместе с тем расстройства тканевого дыхания в печени протекают параллельно с нарушением процессов углеводного обмена и угнетением ферментов, регулирующих окислительно-восстановительные процессы, что, в свою очередь, ведет к изменениям ферментативной системы сыворотки крови и иммунологических реакций, обеспечивающих защитные свойства человеческого организма. Так, под влиянием алкоголя может выработаться антигенный комплекс, приобретающий токсические и раздражающие свойства.

При регулярном приеме спиртных напитков промежуточный продукт окисления алкоголя (ацетальдегид) может приводить и к образованию специфических веществ типа морфина, способствуя, таким образом, формированию зависимости — болезненного влечения к алкоголю, лежащего в основе хронического алкоголизма.

БОЛЕЗНЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

С медицинской точки зрения среди людей, злоупотребляющих спиртными напитками, следует различать так называемых привычных пьяниц и больных хроническим алкоголизмом, хотя для общества в целом это различие не носит принципиального характера. Во-первых, привычное непрекращающееся злоупотребление спиртными напитками раньше или позже перерастает в болезнь, а во-вторых, социальные последствия, связан-

ные с этим, во многом схожи как при привычном пьянстве, так и при хроническом алкоголизме.

Более того, социальные последствия пьянства даже опаснее. Ведь пьяница, пока он не стал больным, не только длительное время наносит вред обществу непосредственно (снижение производительности труда, прогулы, брак в работе), но и разлагает окружающих его людей, исподволь повышая у них риск злоупотребления спиртными напитками, изменяя отношение к такой возможности в своем стремлении склонить их к выпивке. Вот почему, рассматривая те или иные последствия злоупотребления алкоголем, имеет смысл говорить обо всех лицах, систематически злоупотребляющих алкоголем. Разделение их на пьяниц и алкоголиков важно лишь потому, что больные — хронические алкоголики нуждаются в специализированной медицинской помощи — лечении у наркологов. Если с пьяницами можно и нужно бороться, то алкоголиков надо лечить.

Формирующееся исподволь и постепенно, иногда на протяжении нескольких лет злоупотребление спиртными напитками характеризуется достаточно четкими и доступными внешнему наблюдению признаками. Это и учащение частоты алкогольных эксцессов (пьянок), и уменьшение значимости поводов, их вызывающих, и увеличение доз выпитого, продолжительности состояния опьянения, и активное стремление пьющего к достижению им состояния опьянения, психический дискомфорт при невозможности его достижения.

Собственно, алкоголизм врачи подразделяют на острый и хронический: острое алкогольное опьянение, или отравление алкоголем, и длительная тяжелая болезнь.

Никакой болезнью нельзя объяснить неумеренное, частое употребление алкогольных напитков. Но если вовремя не остановиться, оно обязательно приведет к болезни. Иногда представители общественных организаций или администрации того или иного предприятия обращаются с просьбой принять на лечение человека, злоупотребляющего спиртными напитками. Часто в таких случаях выясняется, что, хотя пьянице и угрожает опасность заболеть алкоголизмом, он пока еще не болен. Врачам-наркологам известно немало примеров, когда такие мнимые больные при повышении к ним требований со стороны окружающих очень быстро «выздоравливали».

На этапе предболезни, когда человек еще не болен, пьянство его можно расценивать как результат распущенности, отсутствия должного воспитания, самосознания и самодисциплины. И ведущая роль в профилактике алкоголизма в этот период принадлежит коллективу, который не должен и не имеет права снисходительно смотреть на пьянство, очень многое зависит от администрации. К пьяницам необходимо относиться с повышенной требовательностью, не прощать им упущений по работе, нарушений трудовой дисциплины. Немалая роль в профилактике принадлежит и семье пьющего.

Между тем среди медиков долгое время существовали разногласия о том, что такое хронический алкоголизм и что отличает алкоголика от пьяницы, с чего начинается болезнь.

Термин «хронический алкоголизм» в медицинскую практику был введен в 1849 году шведским ученым Магнусом Гуссом и означал заболевание, вызванное злоупотреблением спиртными напитками, выражающееся в определенных изменениях со стороны нервной системы и внутренних органов. И первое время основные проявления алкоголизма оценивались преимущественно лишь в связи с поражениями внутренних органов или тяжелыми нарушениями в нервной системе.

Позднее психиатры пытались использовать в качестве диагностического критерия частоту употребления спиртных напитков. Еще Х. Шуле, немецкий психиатр, полагал, что при хроническом алкоголизме поражается преимущественно воля больного, когда человек уже не способен сделать достаточно энергичные усилия, чтобы выбраться из своего жалкого состояния, хотя и осознает весь ужас своего положения. По мнению другого немецкого психиатра Е. Крепелина (1912), алкоголиком следовало считать человека, который выпивает и тогда, когда ранее принятая доза алкого-

ля еще продолжает оказывать действие на его организм. Однако современные исследования показали, что такой критерий не может служить разграничением пьянства и алкоголизма. Действие и последействие даже однократно принятой небольшой дозы спиртных напитков продолжает сказываться на обменных процессах в организме на протяжении до двух и более недель.

В России один из основоположников отечественной психиатрии С. Корсаков (1854—1900) определял хронический алкоголизм как совокупность расстройств, вызванных в организме повторным, долговременным употреблением спиртных напитков. При этом наряду с заболеваниями внутренних органов, по его мнению, со стороны психической сферы показателем таких расстройств является моральная и интеллектуальная деградация пьяниц.

Поворотным моментом в четком клиническом определении понятия хронического алкоголизма явилось описание советским психиатром С. Жислиным синдрома похмелья в 1933 году. С. Жислин считал, что у человека в состоянии похмелья в той или иной степени отражены все основные симптомы хронического алкоголизма и что это состояние является естественным показателем заболевания.

Возникающий после прекращения приема алкоголя у человека, систематически злоупотребляющего спиртными напитками, похмельный синдром представляет собой совокупность нервных, соматических и психических нарушений. И когда впервые, хотя бы в нерезкой степени проявляются симптомы похмелья, потребность опохмелиться, с этого момента пьяница должен считаться, по определению Жислина, хроническим алкоголиком.

В последующем углубленные исследования клинической картины хронического алкоголизма показали, что симптомы, в совокупности своей составляющие похмельное состояние, формируются у больного не сразу, а только на выраженной, второй стадии хронического алкоголизма. Это, естественно, не могло удовлетворить врачей, так как чем позже ставится диагноз болезни, тем меньше шансов на успешное лечение. А ведь требуется много усилий и в последующей профилактике возможного рецидива заболевания.

В результате тщательного изучения клинической картины алкоголизма удалось выявить ряд таких специфических проявлений, которые свидетельствуют, что систематическое злоупотребление спиртными напитками (бытовое пьянство) начинает приобретать болезненный характер, перерастает в хронический алкоголизм еще задолго до формирования похмельного состояния у больного.

В основу оценки хронического алкоголизма, принятой ныне в большинстве стран и одобренной Всемирной организацией здравоохранения, положены критерий болезненности пристрастия к алкоголю и наличие состояния похмелья. Однако если состояние похмелья (так называемый абстинентный синдром) свидетельствует о выраженной (второй) стадии хронического алкоголизма, то его самым ранним прявлением является формирование болезненного влечения к спиртным напиткам.

Все же нужно сказать, что установить точную грань между состояниями человека, когда его можно назвать только пьяницей или алкоголиком, чрезвычайно сложно. И это понятно. Состояние опьянения любой степени сопровождается изменениями со стороны центральной и вегетативной нервной системы, рядом функциональных изменений со стороны внутренних органов.

Опьянение сопровождается качественными сдвигами буквально во всех системах организма. Даже однократные и относительно неглубокие алкогольные опьянения действуют неблагоприятным образом на психическую и соматическую сферу человека, наносят ущерб его здоровью.

Хронический же алкоголизм в настоящее время рассматривается как заболевание, принципиально отличающееся от других форм злоупотребления алкоголем («привычного», или «бытового», алкоголизма) по четко выраженным клиническим признакам. Как показывает врачебная практика, постепенное развитие болезни при непрекращающемся употреблении спиртных напитков обусловливает закономерный переход от

одной стадии хронического алкоголизма к другой, более тяжелой.

В потреблении спиртных напитков при пьянстве отмечается следующая закономерность. Алкогольным эксцессам (пьянкам) свойственна периодичность, которая чаще всего связана с влиянием различного рода микросоциальных факторов и ситуаций. Однако в дальнейшем все четче проявляется тенденция к более регулярному и постоянному потреблению спиртных напитков.

Это можно объяснить и постепенным привыканием к приему спиртных напитков, и формирующимся, усиливающимся влечением к ним. Если вначале человек еще может бороться с болезненным влечением к алкоголю и подавлять его, не допуская алкогольного эксцесса, то по мере развития заболевания влечение становится все более интенсивным, приобретает непреодолимый характер. Однако и в этот период частота алкогольных эксцессов (пьянок) все же нередко определяется в первую очередь внешними факторами (наличие соответствующей компании, определенных поводов и т. п.).

При злоупотреблении спиртными напитками отмечается тенденция ко все более выраженной периодичности или систематичности в частоте алкогольных эксцессов. При этом характер потребления спиртных напитков обусловлен потерей самоконтроля за дозой принимаемого алкоголя и формирующимся состоянием похмелья.

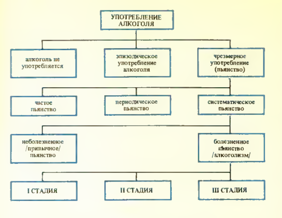
Это происходит следующим образом. В период алкогольного эксцесса, при приеме «критической» (индивидуальной для каждого) дозы спиртного напитка у больного настолько обостряется влечение к нему, что контроль над дальнейшим приемом алкоголя утрачивается. А резкое усиление влечения ведет к углублению состояния опьянения, эффекта алкогольной интоксикации. Большая степень опьянения закономерно способствует усилению тяжести похмельных проявлений. По мере развития хронического алкоголизма тяжесть похмельного состояния достигает такой выраженности, что настоятельная потребность в опохмелении возникает у больного через 6—8 часов после каждой пьянки.

На первых порах эта потребность может быть выражена не столь сильно, так как устойчивость организма к алкоголю у пьющего продолжает сохраняться на достаточно высоком уровне. В этот период еще удается не только регулировать (более или менее) частоту употребления спиртных напитков, но и при известном усилии удержаться от опохмеления. Так, например, воздержание от выпивки или от опохмеления может быть продиктовано необходимостью трезвым выйти на работу.

Чаще всего в этот период пьянство приурочивается к тем или иным датам и событиям, при получении заработной платы, в субботние и воскресные дни. При углублении и утяжелении заболевания такой цикл употребления спиртных напитков постепенно изменяется. С одной стороны, выпивки становятся все более продолжительными, а с другой — увеличивается их частота. Все это приводит к тому, что вследствие постепенно нарастающих и усиливающихся проявлений похмелья больной становится практически нетрудоспособным.

Когда интенсивность болезненного влечения в состоянии похмелья приобретает непреодолимый характер, больной стремится опохмелиться, несмотря ни на какие обстоятельства. Естественно, если он опохмеляется по утрам — для «восстановления равновесия», то в дальнейшем, по мере усиления похмелья, вследствие плохого самочувствия вынужден прибегать к приему повторных небольших доз спиртных напитков и в течение дня, для купирования этих тягостных явлений. Углубление проявлений похмелья закономерно приводит к постепенно утяжеляющемуся нарушению психического и физического здоровья, социальных функций человека.

Таким образом, когда выпивки постепенно становятся все менее зависимыми от чисто ситуационных моментов, эксцессы все чаще вызываются спонтанно возникающим болезненным влечением к алкоголю. И подобные изменения в системе потребления спиртных напитков приводят к тому, что у больного пьянство начинает принимать запойный или постоянный характер. Если на ранней стадии алкоголизма систематическое потребление спиртных напитков проис-



ходит с повышением устойчивости организма к ним, то в дальнейшем, чтобы опьянеть, достичь состояния психофизического комфорта, уже не нужны все большие дозы алкоголя.

Развитие и углубление алкоголизма приводят к тому, что былая устойчивость больного к спиртным напиткам постепенно снижается, появляется невыносливость к ним. В далеко зашедших стадиях заболевания алкоголики пьянеют от самых малых доз спиртных напитков. Это особенно наглядно проявляется у больных хроническим алкоголизмом в конце длительных и тяжелых запоев. Алкоголь уже не доставляет удовольствия, но физическая зависимость от алкоголя вынуждает продолжать пить дальше. В этот период алкоголик нередко пьет не столько обычные спиртные напитки — вино, водку, пиво, сколько различного рода алкогольные суррогаты (денатурат, политуру, одеколон).

По мере утяжеления заболевания первоначальная картина алкогольного опьянения постепенно изменяется. Своеобразная веселость, приподнятое настроение, многоречивость, характерные для опьянения в начальный период болезни, постепенно, последовательно сменяются качественно отличающимися картинами опьянения. В дальнейшем такие изменения продолжают усиливаться, нарастают, в то время как «веселость», приподнятость настроения в картине опьянения исчезают полностью. Опьянение теперь чаще сопровождается злобностью, агрессией или апатией, тоскливостью или раздражительностью. Часто в этот период появляются иллюзорные и галлюцинаторные переживания, конфликтное агрессивное поведение опьяневших.

Утяжеление алкоголизма сопровождается изменением самой системы пьянства. Алкоголик все чаще избегает пить в компании, нередко предпочитая пьянствовать в одиночку. В дальнейшем с самого начала алкогольный эксцесс происходит преимущественно в одиночестве. И это вполне объяснимо, так как при наличии выраженного непреодолимого влечения к алкоголю больной уже не нуждается ни в поводе для начала пьянства, ни в компании для его продолжения.

Причину следует искать в развитии и усилении болезненного пристрастия к алкоголю, вынуждающего больного продолжать пьянствовать тогда, когда другие его партнеры способны еще вовремя остановиться. Такая особенность клинической картины алкоголизма, проявляющаяся в изменении характера и системы пьянства, обусловлена уже биологическими факторами, приводящими к новому отношению больного к алкоголю. И оно является выражением зависимости, потребности больного в постоянном приеме алкоголя.

Последствия пьянства приводят алкоголика к психологической изоляции от окружающих либо к конфронтации с ними, порождающим у него чувство вины, что, в свою очередь, может вызывать и стремление к самооправданию, к попыткам обвинить в своих бедах окружающих. Как замечал еще С. Корсаков, больной строит целую систему «алкогольных алиби», призванную оправдать его пьянство в глазах родственников и товарищей. Но так как злоупотреблять спиртными напитками он продолжает и дальше, то любая объяснительная система, естественно, терпит крах. Больной постоянно ищет все новые доказательства, оправдывающие его пьянство.

В этом проявляется и столь частое у больных хроническим алкоголизмом стремление преувеличить свою социальную ценность, свои бывшие успехи. Известное бахвальство алкоголика и его лживость являются не только результатом алкогольной ущербности личности,

но и проявлением своеобразной психологической защиты, что накладывает отпечаток на все формы поведения больного.

Только вникнув в сущность такого психологического состояния, можно понять, почему алкоголик упорно отрицает наличие самого факта заболевания. Скажем больше, в известной степени можно и посочувствовать такому больному. Но сочувствие сочувствию рознь.

Одно дело, когда сочувствие и понимание высказывает в ходе беседы врач, борющийся за то, чтобы больной понял необходимость лечения и прекращения своего пьянства. Это вполне закономерно. Без установления контакта с больным, без его доверия врачу нельзя надеяться на успешность лечения. Другое дело, когда алкоголику начинают высказывать свое сочувствие люди, работающие с ним рядом, на глазах которых протекает весь процесс деградации личности пьяницы.

Такая забота вместо товарищеского, но требовательного стремления помочь больному прекратить пьянство будет только способствовать развитию у него чувства безнаказанности и, следовательно, дальнейшему усугублению заболевания.

ЛИЧНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИКА

Отмеченные симптомы в своей совокупности и создают картину болезни — хронического алкоголизма. Но существуют ли какие-либо особенности личности, которые способствуют развитию у одних людей пьянства, а у других — хронического алкоголизма? Иначе говоря, любой ли человек может стать пьяницей и алкоголиком?

Как выясняется, не столько какие-то особенности личности, сколько привычное злоупотребление спиртными напитками обусловливают возникновение хронического алкоголизма. Каждый может стать алкоголиком, если достаточно долго будет упражняться в пьянстве,— гласит известный афоризм.

Среди здоровых людей мы находим разнообразие типов личности, в то же время довольно однообразные характерологические изменения наступают вследствие алкоголизма. Поэтому можно определенно сказать об изменениях личности любого человека, злоупотребляющего алкоголем. И характер алкогольных изменений личности даже предсказуем, настолько они закономерны и однотипны.

Так, уже на ранней стадии болезни начинающего алкоголика отличает от его собутыльников-пьяниц стремление к более частому употреблению спиртных напитков, в больших количествах, во многих случаях — повышенной крепости. Находясь в компании, он нередко втайне от своих собутыльников принимает порцию спиртного дополнительно. Часто родные и близкие считают, что он «не умеет пить». И нередко после выпивок, на следующий день, алкоголик обвиняет себя в том, что не мог сдержаться и вовремя остановиться, но тут же находит и оправдание этому.

Заметные изменения личности выявляются уже на первом этапе формирования хронического алкоголизма. Нередко возникают и усиливаются одновременно с этим «провалы» памяти после очередного алкогольного эксцесса. Невозможность после чрезмерной выпивки вспомнить события, относящиеся к моменту опьянения, часто вызывает у алкоголиков тревогу, они не помнят о своем поведении в этом состоянии. Вначале такие «провалы» возникают лишь эпизодически, но по мере углубления алкоголизма — все более регулярно.

Больные в этот период нередко осознают, что пьянство для них является злом. Иногда они ищут помощи у врача. Но и то, и другое носит, как правило, временный характер. Большинство же из них продолжают опускаться, деградируя социально и профессионально.

Частые выпивки отнимают много времени, энергии, отвлекают алкоголика от прежних занятий и увлечений. Круг его интересов неуклонно суживается, теряются прежние контакты с людьми, связанными с ним не только профессиональными, но и дружественными узами. Постепенно у алкоголика ухудшается производительность труда, нарастает профессиональная деквалификация, учащаются брак в работе, прогулы после очередных попоек. Рассеянность и несоб-

ранность на работе, порча материалов и оборудования приводят к постоянным производственным конфликтам.

Родственники уговаривают алкоголика больше не пить, обычно считая его просто распустившимся, несерьезным человеком, который если захочет, то сможет взять себя в руки. Пьянство алкоголика оценивается ими не как болезнь, а как распущенность, порок. Это служит причиной ссор, в особенности с женой, родителями: алкоголик, в свою очередь, обвиняет их в том, что они «ущемляют его свободу», что конфликты с ними заставляют его пить. Он становится раздражительным, нередко у него возникают приступы гнева, сопровождающиеся оскорблениями окружающих и близких.

На замечания и предупреждения в связи с низкой производительностью труда и нарушениями трудовой дисциплины алкоголик не обращает внимания, если такие замечания и предупреждения со стороны администрации не сопровождаются принятием сколько-нибудь действенных мер. Для собственного успокоения он продолжает считать, что к нему слишком пристрастно относятся, что поступки его не заслуживают порицания. Легко и часто дает окружающим слово исправиться, бросить пить, но каждый раз с такой же легкостью запивает вновь и вновь.

Чем дальше развивается болезнь, тем больше становится алкоголик бесчувственнее и невнимательнее к жене и детям, их нуждам. В состоянии опьянения (а оно у него постепенно становится запойным) он проявляет грубость, может ударить ребенка, жену. Это вызывает со стороны членов семьи тревогу, а порой и враждебность. Вследствие злоупотребления спиртными напитками закономерно начинает развиваться половая слабость. Алкоголик ее нередко объясняет себе половой холодностью жены, что, в свою очередь, способствует усилению конфликтов в семье.

Свои семейные неприятности и конфликты алкоголик объясняет неудачной женитьбой, но ни в коей мере не пьянством. Он, дескать,— жертва различных неурядиц, в бедах и неприятностях, которые возникли у него после того, как стал злоупотреблять алкоголем, виноваты все — бывшие друзья, администрация. Действия и советы окружающих людей воспринимаются им превратно: алкоголик жалеет себя, а доброжелателей, друзей, которые искренне хотят помочь ему бросить пить, он считает своими врагами. Пьянствуя, он с каждым днем все позднее появляется дома, объясняя это тем, что не хочет выслушивать упреки в свой адрес.

Стойкие, малообратимые изменения личности и психики наиболее отчетливо выступают на развернутой и заключительной стадии алкоголизма. Они проявляются в форме алкогольной деградации, алкогольного снижения личности больного.

Алкогольная деградация личности включает изменение как морально-нравственной сферы личности больного, так и памяти, интеллекта. Морально-нравственное огрубление личности пьющего, эмоциональное уплощение, примитивизация всегда сопровождаются постепенным снижением семейных и общественных привязанностей. Упрощаются, а затем и полностью исчезают прежние интересы, потребности, снижается способность критически оценивать окружающее. При этом снижение критичности отношения к своему состоянию и поведению опережает формирование стойких нарушений памяти и интеллекта.

Алкогольная деградация по-разному проявляется в поведении больных. У одних цинизм, быстро возникающая и не знающая удержу возбудимость, агрессивность сочетаются с назойливостью. Такие больные придираются к окружающим, легко заводят с ними ссоры, конфликты.

У других больных благодушный фон настроения и алкогольный юмор в форме шаблонных шуток и стереотипных избитых сентенций являются основной чертой их поведения, распространяясь на все, с чем приходится сталкиваться больным. Порой и трагические ситуации в семье, обусловленные пьянством больного, могут стать предметом его шуток, что свидетельствует о полном отсутствии способности критически оценивать свое поведение и сложившуюся ситуацию. У третьих — поведение характеризуется вялостью, пассивностью, отсутствием сколько-нибудь выра-

женных побуждений, инициативы и интересов.

В противовес бытующему среди пьяниц мнению о том, что алкоголь «просветляет» мозги, важно подчеркнуть, что спиртные напитки затуманивают их, что злоупотребление спиртными напитками со временем приводит к уменьшению мозга в объеме, как бы к «сморщиванию» его. Не случайно, для всех больных независимо от особенностей поведенческих реакций при том или ином типе алкогольной деградации личности характерны постепенно формирующиеся расстройства интеллекта, памяти, работоспособности. Изменяется процесс мышления: утрачиваются глубина, логичность, последовательность его, богатство ассоциаций. Больные не способны к длительному сосредоточению внимания, быстро устают, допускают все большее количество ошибок в выполнении даже относительно несложной умственной работы.

Подобные изменения в интеллекте и памяти больных первоначально не особенно бросаются в глаза окружающим. Они как бы затушеваны более наглядными для окружающих грубыми изменениями поведения больного алкоголизмом. Однако, если провести целенаправленное психологическое обследование больного, эти изменения становятся доступными объективному выявлению и количественной оценке.

Начальные изменения интеллекта и памяти, являясь составной частью формирующейся алкогольной деградации личности, как правило, появляются уже на второй, развернутой стадии заболевания. Полного своего «расцвета» они достигают на заключительной, третьей стадии заболевания.

ПСИХИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

На этапе развернутой стадии алкоголизма проявляются отрицательные эффекты воздействия хронической алкогольной интоксикации на нервную систему и в наиболее полной степени, и наиболее наглядно. Прямое влияние алкогольной интоксикации приводит к алкогольной деградации личности, к развитию алкогольных психозов и алкогольных энцефалопатий. Опосредованно хроническая алкогольная интоксикация поражает внутренние органы и периферическую нервную систему.

Среди осложнений наиболее тяжелыми и опасными являются алкогольные психозы, проявляющиеся в остром или постепенном развитии нарушений психики пьющего. Наличие алкогольного психоза у больного алкоголизмом всегда требует срочного помещения его в больницу и активного лечения. Только так можно обеспечить безопасность и самого больного, и окружающих его людей.

Алкогольные психозы чаще всего возникают в период уже сформировавшегося хронического алкоголизма. Длительное и интенсивное злоупотребление спиртными напитками, как уже говорилось, постепенно приводит к нарушению обмена веществ, функционирования тех систем организма, которые обеспечивают окисление алкоголя, продуктов его промежуточного распада и выведение их из организма.

Все это связано с нарушением нормальной деятельности центральной нервной системы, регулирующей жизнедеятельность человеческого организма.

Острые алкогольные психозы проявляются преимущественно не во время запоев, а после того, как больной перестал пить. Однако уже на фоне пьянства (за несколько дней или даже недель до появления психоза) в поведении больных алкоголизмом могут иметь место психические изменения. При этом нарушается сон, часты кошмарные сновидения, от которых больные нередко просыпаются в испуге. Больные быстро истощаются и устают, отмечается повышенная утомляемость. Периодически возникает немотивированное состояние тревоги или страха.

Наиболее часто острый алкогольный психоз проявляется у больных в форме белой горячки (научное название — алкогольный делирий). Белая горячка возникает спустя несколько часов, реже — дней после пьянства.

В вечерние часы больной становится беспомощным, суетливым, тревожным, у него часто и беспричинно меняется настроение. Благодушно-эйфорическое настроение легко сменяется тревогой, испугом, страхом. В то же время больной

не может длительное время на чем-либо сосредоточиться, а ночью — заснуть. Во время бессонницы, в ночные часы у него возникают зрительные галлюцинации.

Больные «видят» чаще всего различных мелких животных — пауков, змей, крыс. Однако нередко перед ними появляются и необычные, фантастические фигуры — животные, черти, мертвецы и т. п. При этом зрительные образы сменяют друг друга. Несуществующие фигуры появляются то из-под кровати, то из темных углов комнаты, то проникают к больным через окно, преследуют, хотят причинить зло.

Наличие подобных зрительных галлюцинаций свидетельствует о психозе. Несмотря на то что больные осознают себя, галлюцинации воспринимаются ими как абсолютная реальность в окружающей их действительности. Больные пытаются спастись или защититься от угрозы, исходящей от нападающих на них животных, чертей, мертвецов.

Нередко зрительные галлюцинации сопровождаются обманом и других чувств, что еще больше убеждает больного в реальности опасности. Так, он может слышать топот чертей, пытающихся его схватить, разговоры людей, сговорившихся его убить. Нередко больные физически ощущают обвивающие их тела змей, бегающих вокруг пауков.

Ощущение разнообразных зрительных, слуховых, обонятельных, тактильных галлюцинаций поддерживает убеждение больных в несомненной реальности этих образов и обусловливает тревожное поведение больных, страх. Они пытаются спастись бегством, защитить себя. Все это может привести к тяжелым последствиям для самого больного и для окружающих его людей.

Так, например, один из больных во время приступа белой горячки, спасаясь якобы от нападающих животных, защищался топором, в результате чего в квартире была изрублена вся мебель, а его родственники были вынуждены спасаться бегством. В другом случае больной едва не погиб от потери крови, так как бритвой изрезал себе тело и руки, пытаясь освободиться от душивших его змей.

В ряде случаев центральное место в картине алкогольного психоза занимают слуховые галлюцинации и связанный с ним бред преследования, а зрительные галлюцинации иногда отсутствуют.

Это характерно для острого алкогольного галлюциноза — формы психоза, возникающей после длительного и интенсивного пьянства. Состояние психоза развивается нередко в вечерние или ночные часы, когда больные начинают слышать какие-то непонятные звуки, шумы, пытаются найти их источник, а не найдя его, недоумевают, возмущаются. У больных постепенно возрастает чувство растерянности и тревоги, вслед за которым развивается немотивированный страх. Они начинают слышать голоса — один или множества людей, как правило, доносящиеся со стороны.

Голоса, то понижаясь до шепота, то возрастая до крика, ругают больного, угрожают, обсуждают его поведение, прошлую жизнь и действия в настоящем, оскробляют. При этом голоса то непосредственно обращаются к больному и требуют от него ответа, то ведут диалоги между собой. Они обсуждают, как наказать пьяницу, какой каре подвергнуть, нередко устраивают над ним суд: одни обвиняют, требуют наказания за недостойное поведение, другие защищают, стремятся оправдать.

Характерно ответное поведение больного: он то прислушивается к чему-то, то вдруг начинает оправдываться, отвечать на какие-то вопросы. В соответствии с характером и содержанием слышимых голосов на лице его попеременно возникает выражение то удивления и растерянности, то протеста, страха, отчаяния.

К угрожающим и комментирующим слуховым галлюцинациям быстро присоединяются бредовые идеи, отражающие содержание тех же слуховых галлюцинаций. Наиболее часто у больных возникает бред преследования — они считают, что их хотят убить, казнить, наказать за различные проступки. Обычно больные уверены, что стали жертвой преследования со стороны конкретных лиц, нередко имея в виду кого-либо из родственников, соседей, сослуживцев. С нарастанием яркости слуховых галлюцинаций, углублением бредовых идей (а все это происходит на протяжении

нескольких часов) больными овладевает чувство отчаяния, тревоги, выраженного страха.

Все их поведение теперь определяется стремлением спастись, для чего они пытаются выяснять отношения с преследователями, разрушить направленный против них «заговор», во что бы то ни стало помешать привести в исполнение вынесенный голосами «приговор». На этом этапе развития психоза больной становится особенно опасным для окружающих людей: в состоянии страха, тревоги, отчаяния он может сделать попытку расправиться со своими преследователями.

У части больных острый алкогольный психоз с самого начала проявляется бредом преследования при относительной скудости слуховых галлюцинаций. В вечерние и ночные часы такие больные иллюзорно воспринимают окружающую действительность. Так, в висящем в прихожей пальто, под одеялом им может привидиться затаившийся злоумышленник, в обычных и привычных для них вещах им представляется что-то угрожающее, таящее тревогу и страх.

Растерянность, напряженность, тревога постепенно нарастают, все больше и больше больного охватывает страх. Пытаясь избежать грозящей угрозы со стороны преследователей, гибели, в таком состоянии в любой момент больные могут совершить непредсказуемое действие. В таком состоянии, например, один из больных устроил пожар в квартире, чтобы воспрепятствовать проникновению в нее несуществующих преследователей, в другом случае больной выпрыгнул на полном ходу из поезда, спасаясь от них. Могут напасть на людей, в которых им видится преследователь, активно обороняться и защищаться от людей, якобы угрожающих их жизни.

Факты свидетельствуют о том, что острые алкогольные психозы всегда несут в себе угрозу для жизни как самого больного, так и для окружающих его людей. И это прежде всего связано с расстройством сознания больного во время психоза, патологическим изменением поведения. Поэтому возникновение острого алкогольного психоза всегда обусловливает необходимость неотложной врачебной помощи. Понятно, что больному с белой горячкой бесполезно доказывать, что нет вокруг него никаких чертей или животных и ничто не угрожает его жизни. Для больных яркость, интенсивность зрительных галлюцинаций реальнее окружающей действительности, в которой они дезориентированы. В то же время и бред преследования характерен тем, что не поддается ни логической коррекции, ни разубеждению.

Возникновению острого алкогольного психоза предшествуют предвестники болезни, а в момент его развития резко изменяется привычное поведение больного. Напомним, что к предвестникам психоза относятся ухудшение сна, вплоть до полной бессонницы, кошмарные сновидения, повышенная утомляемость и истощаемость больных, сочетающиеся с периодически возникающими немотивированными состояниями тревоги, растерянности, напряженности, страха. Все это может и должно насторожить окружающих в отношении возможного возникновения психоза у человека, злоупотребляющего спиртными напитками.

С другой стороны, и начало психоза, с момента появления разнообразных галлюцинаций или бреда, находит отражение в изменении эмоционального состояния больного. На фоне тревоги и страха они начинают прислушиваться к чему-то, разговаривать сами с собой, обирать несуществующих насекомых, всматриваться в пустоту, совершать немотивированные защитные, или оборонительные, действия. Такие действия больных с несомненностью свидетельствуют о возникновении психоза и о необходимости срочной госпитализации больного.

Это может быть сделано путем обращения к участковому врачу-наркологу или психиатру, или путем вызова скорой психиатрической или медицинской помощи. В любом из этих случаев будет обеспечена своевременная госпитализация больного в психиатрический стационар, и тем самым устранена угроза как для жизни самого больного, так и для окружающих его людей.

Длительность острых алкогольных психозов, как правило, не превышает нескольких дней или недель. Однако

встречаются формы алкогольных психозов, которые и возникают постепенно, исподволь, и протекают длительно (иногда на протяжении многих месяцев). Затяжное развитие таких алкогольных психозов, сопровождающееся столь же медленным изменением поведения больных, затрудняет своевременное распознавание болезни.

Это тем более важно подчеркнуть потому, что хронические алкогольные психозы не менее опасны для жизни самого больного и для окружающих его людей, чем острые. При хроническом алкогольном галлюцинозе, например, проявления психоза и сопутствующие им изменения в поведении больных схожи с острым алкогольным галлюцинозом, только развиваются они значительно медленнее во времени.

Самостоятельной формой хронического алкогольного психоза является и алкогольный бред ревности. Заболевание это чаще возникает у больных алкоголизмом среднего или пожилого возраста, при наличии развернутой клинической картины хронического алкоголизма — на том его этапе, когда уже имеют место сформировавшиеся проявления алкогольной деградации личности.

Больные мужчины, например, в первое время только в состоянии опьянения или похмелья эпизодически высказывают мысли о неверности жены. На этом начальном этапе развития алкогольного бреда ревности аргументы, которые высказываются о плохом отношении со стороны жены, ее холодности, в известной степени обоснованы. Вполне понятно, что пьянство, грубость, придирчивость, несдержанность, а также нередко импотенция, обусловленная многолетним пьянством, способствуют известному отчуждению супруги.

Упреки в неверности высказываются постепенно все чаще, и не только в состоянии опьянения.

Поведение больных изменяется: они постоянно требуют признания от жены в ее «изменах», следят за ней, ищут доказательств измены или неверности. В качестве «любовника» супруги больные чаще всего представляют себе коголибо из близких, родных, соседей. Целая система проверки, нелепая и унижающая достоинство жены.

Таким образом, роль возможного «соперника» отводится обычно лицам, лично знакомым алкоголику и часто значительно более молодым по возрасту. Бредовая убежденность в неверности может привести и к различным агрессивным действиям со стороны больного в отношении жены и предполагаемого любовника. Такое болезненное состояние также влечет необходимость врачебного вмешательства, наблюдения и лечения у врача-психиатра или нарколога.

Одним из частых проявлений расстройства психической деятельности, обусловленного злоупотреблением спиртными напитками, является алкогольная депрессия, возникающая после пьянства, на фоне похмелья. У больных ухудшается настроение, возникает тоска, сопровождающаяся то раздражительностью с оттенком злобной тоскливости, то слезливостью и немотивированной тревогой.

На фоне такого настроения у больных возникают мысли о «загубленной жизни», никчемности своего существования. В состоянии депрессии больные не опасны для окружающих, однако такое состояние нередко приводит их к мысли о самоубийстве, могут иметь место и попытки покончить с собой. При возникновении алкогольной депрессии, сопровождающейся подобными высказываниями больных, требуется помощь врача, госпитализация больного для лечения его депрессивного состояния.

Таким образом, алкоголик с той или иной формой алкогольного психоза всегда потенциально опасен, и любые проявления психоза обусловливают необходимость обязательного осмотра его психиатром или наркологом, проведения соответствующего лечения.

Еще более тяжелым проявлением поражения центральной нервной системы при хроническом алкоголизме являются алкогольные энцефалопатии, которые развиваются, как правило, на третьей, заключительной стадии алкоголизма. Характерная черта их заключается в сочетании психических расстройств (в форме тяжелого алкогольного делирия или состояний «оглушения» с выраженными неврологическими нарушениями) и поражениями внутренних органов.

Такие состояния развиваются исподволь, и нередко начальные проявления

энцефалопатий могут еще за две-три недели (и даже пять-шесть месяцев) предшествовать развернутой картине заболевания. У больных алкогольной энцефалопатией, как правило, имеют место различные нарушения со стороны периферической нервной системы и внутренних органов. Нередко еще задолго до возникновения энцифалопатий у больных развивается выраженное состояние слабости, истощаемости, снижение двигательной и поведенческой активности. Это сопровождается выраженным похуданием, длительным и глубоким расстройством сна, отсутствием аппетита, поносами, тошнотой, нередко рвотой.

Речь больных становится смазанной, нечеткой — они словно бы «спотыкаются» при произнесении даже несложных, привычных слов. Характерно непроизвольное дрожание рук, головы, походка становится неуверенной, нарушается координация движений. Затем на фоне нервных расстройств развивается психическое нарушение с дезориентировкой в пространстве и во времени, с двигательной и речевой бессвязностью, с состоянием оглушения.

Ухудшение психического состояния сопровождается утяжелением физического состояния и проявлением неврологической симптоматики. Лицо больного становится одутловатым, сальным, с синюшным оттенком. Как правило, физически он истощен и выглядит старше своих лет. Появляются отеки рук и ног вследствие нарушения питания кожных покровов, легко возникают пролежни. Артериальное давление снижается.

Часто у больных возникают непроизвольные подергивания языка, цвет которого приобретает малиново-багровый оттенок. Непроизвольные подергивания мышц лица, губ сочетаются с различными беспорядочными, нецеленаправленными движениями рук, подергиваниями отдельных групп мышц тела. Характерно, что напряженность мышц нередко сменяется мышечной слабостью, появляются непроизвольные сосательные, чмокающие движения, выпячивание губ хоботком. Температура тела повышается иногда до 40—41 °С. Нарушается двигательная иннервация глаз.

Возникают различные патологические рефлексы, боль по ходу крупных стволов нервов, напряженность мышц затылка. Печень, как правило, увеличена и болезненна, имеет место частый и жидкий стул. В таком состоянии у больных легко возникает застойное воспаление легких, которое наряду с ухудшением сердечной деятельности может обусловить и наступление смерти.

Данное состояние имеет тенденцию к длительному, затяжному течению и требует активного лечения больного. Если оно не заканчивается его смертью, что нередко имеет место, то даже после ликвидации такого патологического состояния у больного выявляется выраженное снижение интеллекта, та или иная степень слабоумия. Одной из наиболее тяжелых форм хронической алкогольной энцефалопатии является так называемый Корсаковский психоз.

Это заболевание, впервые описанное С. Корсаковым, возникает на отдаленном этапе течения хронического алкоголизма, развивается также медленно, исподволь. Основными проявлениями этой формы алкогольной энцефалопатии является сочетание разных форм нарушения памяти с различными невритами, сопровождающимися атрофией мышц конечностей, нарушениями чувствительности, ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов. Расстройства памяти распространяются не только на текущие события, но и нередко на предшествующие заболеванию. Так, больной не может запомнить свое рабочее место, не помнит своего врача, не может сказать, завтракал он сегодня или нет, оказывается дезориентированным или ложно ориентированным во времени и в окружающем пространстве.

Нарушения памяти обусловливают своеобразное фантазирование, в том числе и россказни о событиях, якобы имевших место в их жизни или только что происшедших. Естественно, что в таком состоянии больные полностью беспомощны, нуждаются в специальном медицинском надзоре, и нередко на протяжении многих лет. Даже после лечения, когда исчезают или смягчаются расстройства памяти, сохраняется значительно выраженный дефект личности.

Алкогольные психозы в той или иной форме и степени выраженности возникают у каждого второго-третьего боль-

ного хроническим алкоголизмом. Однако, если хроническому алкоголику «повезло» — у него не было алкогольного психоза, все равно прогрессирующая деградация личности, семейная и социальная дезадаптация имеют место. Если человек не прекращает пить, болезнь все более и более утяжеляется. Постепенно пьянство становится беспрерывным и продолжается все свободное от работы время. При этом дни выпивок для семьи становятся днями кошмаров и ужасов. Хулиганство, дебоши, несчастные дети и жена — и все это результат пьянства.

По мере утяжеления пьянства работоспособность алкоголика неуклонно снижается, учащаются прогулы, и, наконец, он теряет работу. Часто он увольняется сам, понимая, что ему грозит за пьянство на работе. Нередко алкоголики определяются на работу с меньшим заработком, стремясь устроиться там, где меньше контроля со стороны администрации, где могут создаваться условия для продолжения пьянства. Но, как правило, они не удерживаются и на малоквалифицированной работе и тогда живут случайными заработками.

Возрастающая потребность в опохмелении все больше меняет состояние алкоголика. По утрам он становится физически беспомощным, испытывает сильную общую слабость, дрожание всего тела. К работе не может приступить до тех пор, пока не выпьет хотя бы немного. Часто уже с вечера алкоголик для этого запасается спиртными напитками и прячет их в разных местах: в туалете, под ванной, на чердаке. Бывают случаи, когда алкоголик прячет водку и в постели, а ночью урадкой от жены пьет ее глотками. С каждым днем он становится все более лживым, грубым, эгоистичным.

Обычно в этот период жизни у алкоголика распадается семья, он вынужден проживать у знакомых — таких же пьяниц. Внешний вид его резко меняется: запущенный, небритый, в оборванной и грязной одежде, он вызывает у окружающих отвращение. Это заставляет алкоголика избегать встреч с прежними друзьями и знакомыми, чтобы не выглядеть в их глазах жалким и одиноким.

Порой хронический алкоголик пытается самостоятельно бросить пьянство. И в лучшем случае ему удается удержаться от употребления спиртных напитков несколько дней, иногда даже несколько недель. Эти перерывы в употреблении алкоголя связаны с тяжелыми мучениями из-за развивающихся в период воздержания резко выраженных болезненных явлений, особенно в первые дни после прекращения многодневного пьянства. С целью облегчения своего состояния такой алкоголик нередко прибегает к приему снотворных или возбуждающих средств, что, в свою очередь, чревато весьма тяжелыми осложнениями из-за истощения защитных сил организма и вследствие возможного формирования наркомании или токсикомании.

Потеряв все, что у него было в жизни, расстроив свое здоровье и отупев, алкоголик вынужден в конце концов обратиться за помощью к врачу. Но часто при этом им преследуется не столько цель полного излечения от алкоголизма, сколько желание добиться «передышки», поправиться и окрепнуть физически, чтобы снова продолжать пьянство. Потеря трудоспособности, тяжелые заболевания внутренних органов, алкогольное слабоумие, психические заболевания, оскудение личности — таков закономерный финал жизни алкоголика, если он своевременно не начнет лечиться.

КРУГ СОПУТСТВУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ

Говоря о хроническом эффекте воздействия злоупотребления спиртными напитками на организм человека, следует выделить две стороны этого явления. Алкоголь способствует не только возникновению различных заболеваний, но и обострению уже имеющихся у больного, хроническому их течению. В алкоголизме как бы увязываются в один узел все те многообразные последствия действия алкоголя, которые рано или поздно приводят к поражению практически всех органов и систем организма. Среди них в первую очередь страдают наиболее уязвимые — затронутые болезнью, а постоянное патологическое воздействие алкоголя ведет к декомпен-

сации жизнедеятельности организма в целом.

У большинства лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, выявляются серьезные нарушения со стороны внутренних органов. В желудке, например, под влиянием хронической интоксикации появляются стойкие воспалительные изменения. В одних случаях слизистая оболочка становится неровной, утолщается, покрывается густой слизью, в других — гладкой, истонченной. Изменяется и деятельность желез, вырабатывающих желудочный сок (в частности, уменьшается содержание в нем пепсина), что приводит к нарушению переваривания пищи. Больные испытывают поэтому неприятные ощущения и боль в подложечной области, изжогу. Аппетит у них отсутствует, во рту неприятный привкус, язык обложен, как правило, серым или коричневатым налетом, а по утрам наблюдается тошнота и рвота с большим количеством слизи в рвотных массах.

В дальнейшем воспалительный процесс распространяется и на слизистую оболочку кишечника, что в еще большей степени нарушает пищеварение. Запоры и поносы становятся постоянными. При этом длительный воспалительный процесс в желудочно-кишечном тракте ведет к развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти расстройства пищеварения и желудочно-кишечные болезни приводят к резкому исхуданию, быстрой утомляемости даже при непродолжительной работе. Исследования показывают, что рак желудка у больных алкоголизмом развивается значительно чаще, чем у непьющих людей.

Страдающие хроническим алкоголизмом больные часто жалуются на периодически возникающую боль (сжимающую) в области сердца. Это связано со специфическими изменениями в мышце сердца у большинства больных. Дело в том, что под влиянием алкоголя сердечная мышца у них перерождается, измененные стенки сердца теряют свою упругость, становятся дряблыми и не могут противостоять давлению крови: сердце увеличивается в размерах, полости его расширяются. И постепенно уменьшается работоспособность мышцы сердца, нарушается кровообращение. Это выражается в сердцебиении, одышке, в кашле, общей слабости, в отеках.

Нарушения кровообращения у алкоголиков и пьяниц способствуют возникновению у них хронической ишемической болезни сердца. Расширяются мелкие сосуды, кожные покровы приобретают синюшно-багровую окраску на лице (всем известен «нос алкоголика»). При хронической алкогольной интоксикации изменяются стенки сосудов, что приводит к развитию атеросклероза, к склерозу сосудов сердца и мозга. Нарушениями сердечной деятельности и кровообращения обусловлено и столь частое у больных алкоголизмом повышение артериального давления, гипертонические кризы, угрожающие кровоизлиянием в мозг и последующим за ним параличом, полным или частичным.

Злоупотребление алкоголем приводит к воспалительным изменениям в почках, вследствие нарушения минерального обмена в них образуются камни. Особенно часто поражается печень, которая увеличивается в объеме, в клетках ее откладывается жир. Она перестает выполнять свою основную функцию — обезвреживать токсические вещества, в том числе и алкоголь, продукты его обмена, вследствие замещения печеночной ткани жировой. Количество вырабатываемой желчи уменьшается.

О поражении печени у больного алкоголизмом свидетельствует боль, тяжесть в правом подреберье, тошнота, желтушность склер. Развивающийся гепатит (воспаление печени) может в дальнейшем перейти в еще более тяжелое заболевание, чаще всего заканчивающееся смертью больного,— цирроз печени. Хронический алкоголизм нередко является его причиной.

Цирроз характеризуется тем, что печеночные клетки гибнут, а их место занимает разрастающаяся соединительная ткань, сдавливая сосуды, через которые в печень с кровью поступают для обезвреживания токсические вещества. Сосуды переполняются кровью, и жидкая часть крови — плазма через сосудистую стенку проникает в полость живота, скапливаясь там, приводя к водянке брюшной полости. Печень становится плотной, резко уменьшается в размере.

Раздражающее действие спиртных

напитков на слизистые оболочки и последствия интенсивного курения многих пьяниц и алкоголиков обусловливают часто встречающиеся у них воспалительные процессы в глотке, нередко с поражением голосовых связок. У больных алкоголизмом, как правило, сиплый и грубый голос, нередко наблюдается рак гортани. Из-за нарушения кровообращения в легких у них развиваются застойные явления, а эластичность легочной ткани значительно уменьшается. Поэтому они значительно чаще, чем люди непьющие, страдают хроническими бронхитами, воспалением легких, эмфиземой. Ослабление легких сопровождается мучительным кашлем, обильным выделением мокроты.

Систематическое злоупотребление алкоголем не только значительно облегчает заражение туберкулезом и венерическими болезнями, но и существенно утяжеляет течение их. В первую очередь из-за резкого ослабления на почве пьянства защитных сил организма. Это болезни людей, не соблюдающих правила личной гигиены, злоупотребляющих спиртными напитками. Заражение венерическими болезнями в 9 случаях из 10 происходит в состоянии опьянения.

Алкоголь часто приводит к поражению эндокринной системы. Отмечено, что у пожилых людей, страдающих аденомой предстательной железы, выпивка может привести к тяжелому осложнению (задержке мочи), требующему срочного вмешательства хирурга. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, прекращение менструального цикла наступает намного (на 5—15 лет) раньше, чем в норме, характерно раннее увядание женственности. У мужчин даже в молодом возрасте злоупотребление спиртными напитками может привести к развитию половой слабости, половое влечение значительно снижено.

При систематическом пьянстве и алкоголизме выраженные изменения наступают не только в центральной, но и в периферической нервной системе. Многие больные испытывают неприятные ощущения в кончиках пальцев рук и ног, чувство онемения и покалывания в них. При длительном злоупотреблении алкоголем могут развиться параличи конечностей. Воспалительные изменения межреберных, седалищного и других нервов приводят к тяжелым последствиям — невралгиям, невритам, сопровождающимся постоянными болями, ограничением движений. Пьющий становится практически инвалидом.

Все это обусловливает повышенную чувствительность к простудным и инфекционным болезням, протекающим у больных к тому же значительно тяжелее, чем у непьющих людей,— с выраженными и затяжными осложнениями. Тяжесть и выраженность заболеваний внутренних органов и нервной системы обнаруживают прямую зависимость от продолжительности алкоголизации, стадии и темпа течения алкоголизма. Развитие нарушений начинается уже на самых ранних этапах злоупотребления спиртными напитками, а их частота, выраженность возрастают с увеличением интенсивности, продолжительности злоупотребления алкоголем и тяжести хронического алкоголизма.

Известно, что у больных алкоголизмом III стадии в 1,9 раза чаще, чем при II стадии, встречаются заболевания внутренних органов, а те или иные симптомы поражения головного, спинного мозга и периферических нервов отмечены почти у всех больных алкоголизмом. Частота заболеваний, вызываемых алкоголем, возрастает в 4 раза уже при двукратном увеличении потребления спиртных напитков. По данным зарубежных исследователей, у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, в 60 % случаев отмечается воспаление поджелудочной железы, в 26—83 — кардиомиопатии, в 15—20 — туберкулез, в 10—20 % — гастрит и пептические язвы желудка.

Алкоголизм — нередкая причина смерти больных. По свидетельству члена-корреспондента АМН СССР А. Вихерта, смерть у алкоголиков наступала от заболеваний, среди которых на первом месте — болезни сердечно-сосудистой системы, в 75 % случаев. Смертность больных алкоголизмом почти в 2 раза выше, чем у людей, не употребляющих спиртные напитки. Среди причин смертности населения алкоголизм и связанные с ним заболевания занимают третье место, уступая только болез-

ням сердечно-сосудистой системы и злокачественным опухолям. Таким образом, алкоголизм и сам по себе служит непосредственной причиной смерти или ускоряет ее наступление: пьяницы и алкоголики, как правило, не доживают до преклонного возраста, умирая в трудоспособном возрасте, сокращают продолжительность своей жизни на 10—12 лет. Так, отечественные специалисты по судебной медицине считают, что факт алкогольной интоксикации имеет место в $^2/_3$ случаев насильственной и скоропостижной смерти. При этом достаточно четко прослеживается связь между частотой таких видов смерти и тяжестью опьянения. Наиболее легкие проявления алкогольной интоксикации отмечены в 6,4 % несчастных случаев, средняя и тяжелая степень опьянения — в 20,2 , а тяжелое отравление алкоголем — в 45,9 % случаев.

Одной из непосредственных причин смерти больных алкоголизмом являются самоубийства, совершаемые в состоянии опьянения или похмелья. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 12—21 % больных алкоголизмом предпринимают попытки к самоубийству, а 2,8—8 % кончают жизнь самоубийством. Но разве не самоубийственно систематическое пьянство, ведущее к гибели в результате болезней и травм, ведь печальный вклад алкоголя в различные виды травматизма весьма показателен.

Например, большинство несчастных случаев в быту связано с алкогольным пьянением или его последствиями. При этом тяжесть несчастного случая прямо пропорциональна степени опьянения. Непреложен факт: чем сильнее опьянение, тем тяжелее травма. Почти треть случаев всех бытовых травм и половина — уличного травматизма, приведших пострадавших к инвалидности, происходят в состоянии опьянения или связаны с употреблением спиртных напитков. Риск возникновения травмы у больных алкоголизмом в 4,3 раза выше, чем у непьющих людей.

Употребление алкоголя является причиной автомобильных катастроф в 55,9 % случаев, других транспортных происшествий — в 71,9, а причиной смерти от асфиксии — в 75,8 % (удушение, утопление, смерть от аспирации рвотными массами и другие случаи). По данным одного недавнего обследования, среди замерзших в состоянии алкогольного опьянения находились 82,2 %, среди повесившихся — 58, среди утонувших — 54,3 %.

Наконец, пьянство и алкоголизм не только подрывают здоровье пьющего, но и уродуют душу, его нравственность. Морально-этическая, интеллектуальная деградация приводит к тому, что пьяница и больной алкоголизмом пренебрегают самыми элементарными, известными с детства правилами санитарно-гигиенического поведения. А это чревато последствиями уже не только для них, но и для окружающих.

Таким образом, тяжесть последствий употребления, а тем более злоупотребления спиртными напитками лично для пьющего всегда велика. Их диапазон обширен: от сокращения продолжительности жизни пьющего, повышения риска несчастного случая или попытки к самоубийству, а также формирования выраженных заболеваний внутренних органов, ведущих к частой временной либо полной утрате трудоспособности, до ярко выраженных изменений личности, утраты профессиональных навыков, снижения социального положения больных. Тяжесть таких последствий прямо пропорциональна давности заболевания алкоголизмом, степени его выраженности в последовательности стадий развития.

С ухудшением показателей здоровья лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, снижаются и общие показатели здоровья населения.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОКРУЖАЮЩИХ

Рассказывая о медицинских последствиях злоупотребления алкоголем, основное внимание мы, естественно, уделили заболеваниям, столь часто встречающимся у пьяниц и алкоголиков. Однако, как свидетельствует опыт врачей, те или иные формы заболеваний, различные виды медицинских последствий часто имеют место и у тех, кто связан со злоупотребляющими спиртными напитками лицами семейными узами или просто находится с ними в общении.

Недаром общественное мнение всегда отрицательно относилось к пьянству и алкоголизму, ведь злоупотребление алкоголем так или иначе затрагивает окружающих людей, общество в целом, вызывая широкий круг отрицательных социальных и медицинских последствий.

Прежде всего здоровьем расплачиваются жены и дети пьяниц и алкоголиков: свойственное пьющим людям морально-нравственное огрубление, эгоизм, пренебрежение интересами семьи приводят к тому, что все заботы о семье ложатся на плечи женщины. А заботы по поддержанию благосостояния семьи, по воспитанию детей, состояние хронического эмоционального стресса вследствие поведения пьяного супруга способствуют постоянным психофизиологическим перегрузкам. Рано или поздно возникают переутомление, различные нарушения в состоянии здоровья. И до определенного времени они еще могут компенсироваться, но затем наступает и декомпенсация такого состояния.

Это может проявляться у женщины в форме различных невротических состояний, соматических нарушений, отклонений в физиологических процессах. Если на приеме у нарколога по поводу пьянства мужа перейти к расспросам жены, то можно установить, что в последние годы ее здоровье значительно ухудшилось. Обычны жалобы, что с вечера не может долго заснуть, часто просыпается, сон поверхностный, прерывистый, тревожный. Что снизилась работоспособность — женщина быстро устает, истощается, что и характер ее изменился — понимает, что стала несдержанной, любое резкое слово может вызвать слезы. Все это проявляется не только в общении с мужем, с детьми, но отражается и на общении с окружающими.

В подобных случаях врач всегда имеет возможность установить связь между развитием тяжелого невротического состояния у жены и пьянством мужа. Женщина доведена до серьезного заболевания, до грани, за которой следует необходимость в ее длительном стационарном лечении, и все это вследствие пьянства мужа!

Является ли данный пример исключительным? В том-то и дело, что нет. Так, например, мы установили, что из 100 женщин, мужья которых страдали хроническим алкоголизмом, у трети из них возникали невротические состояния, развившиеся в связи с пьянством мужа.

Выраженность болезненного состояния при этом достигала такой степени, что женщины нуждались в длительном лечении в условиях стационара, а еще у трети из обследованных выявились симптомы невроза, требующего достаточно продолжительного амбулаторного лечения. В остальных случаях, когда невротические симптомы еще отсутствовали, как правило, и продолжительность пьянства мужей была относительно невелика. Примечательно, что женщины эти не стали дожидаться усугубления ситуации и настояли на противоалкогольном лечении своих мужей.

Постоянное злоупотребление алкоголем ведет к изменению сексуальной сферы у мужчины, и по мере усугубления пьянства он проходит путь от примитивизации и огрубления своих сексуальных отношений с женой до полной импотенции. Как показали наши исследования, в зависимости от тяжести и выраженности алкоголизма сексуальные расстройства отмечаются у 60—80 % больных.

С другой стороны, по результатам обследования в семьях, где мужчина систематически злоупотребляет спиртными напитками, частота искусственных абортов выше в 2—2,5 раза по сравнению с семьями, где отсутствует пьянство. Дело в том, что присущие пьяницам и алкоголикам безответственность и несоблюдение гигиенических правил половой жизни обусловливают в таких семьях высокий уровень искусственных абортов.

Таким образом, брак с больным-алкоголиком всегда несет в себе конфликт. И хотя до определенной поры он преодолевается женщиной, рано или поздно приводит ее к неврозу, а в далеко зашедших случаях и к инвалидизации. Это подтверждают и результаты сравнения здоровья женщин, состоящих в браке с больными алкоголизмом, и с мужчинами, не злоупотребляющими алкоголем, проведенные зарубежными исследователями. Так, среди женщин, живущих в благополучных семьях, у 86,8 % не отмечалось каких-либо отклонений со сто-

роны психики или физиологии, тогда как среди женщин, мужья которых страдали алкоголизмом, у 81 % были отмечены выраженные физиологические расстройства, нарушения сна, депрессии, неврозы.

Известно, что постепенно нарастающие изменения в поведении пьющего длительное время остаются незаметными для окружающих. Какое-то время злоупотребляя спиртными напитками, он может в известных пределах контролировать свое поведение на работе или в обществе малознакомых людей. Нередко при этом окружающие воспринимают его как чрезвычайно общительного, открытого человека. Но семья-то уже по горькому опыту знает, каким он бывает в пьяном состоянии. Его вспыльчивость, нетерпимость к замечаниям и осуждению, подозрительность и мелочная обидчивость в первую очередь обращаются против членов семьи. Однако близкие на этом этапе редко рискуют привлечь внимание окружающих к происходящему. И за это их трудно осуждать, так как жена больного стремится сохранить семью или хотя бы видимость нормальных семейных отношений ради детей.

Постоянные конфликты способствуют постепенному развитию невротического состояния у жены. Изо дня в день ожидание прихода пьяного мужа, его непрекращающиеся и немотивированные придирки, обиды, оскорбления способствуют созданию постоянной ситуации хронического стресса, на фоне которой и развивается невроз. Эта психологическая напряженность постепенно нарастает, и она тем больше, чем глубже пропасть между усилиями жены сохранить семью, поддержать ее прежний экономический уровень и усилением болезненного влечения мужа к спиртным напиткам.

Женщина вынуждена ежедневно постоянно решать одни и те же вопросы: как содержать семью, как избежать конфликта с пьяным мужем? С каждой пьянкой она получает от него все меньше денег на содержание семьи, затем пропивается уже вся заработная плата, продаются нажитые совместным трудом вещи. Из-за этого жена нередко вынуждена искать дополнительный заработок.

Постоянная тревога за мужа, за детей, заботы о пропитании и содержании семьи, атмосфера оскорблений, недосыпания и утомления, мысли о своей разбитой и загубленной жизни и создают те условия, при которых развивается тяжелое невротическое состояние, полное психическое и физическое истощение женщины. Она становится раздражительной, вспыльчивой, слезливой. По данным венгерских врачей, из 218 пациенток с психосоматическими расстройствами у четверти из них (24,3 %) были мужья алкоголики.

И вот наступает момент, когда семья стоит перед реальной угрозой распада. Женщина перестает выдерживать чрезмерные психофизические и психологические нагрузки, связанные с постоянным пьянством мужа. Ей остается одно: спасая себя и детей, уйти от пьющего мужа, ибо, не выдержав этих нагрузок, она заболевает, в результате попадая в больницу. И в том и в другом случае семья распадается, а женщина при этом еще и нуждается в длительном лечении и восстановлении своего здоровья. По нашим данным, среди больных алкоголизмом, находящихся на противоалкогольном лечении в больнице, 20 % были разведены по инициативе жен, а у 20 % к моменту поступления было возбуждено женами дело о разводе.

В еще большей степени злоупотребление алкоголем сказывается на здоровье потомства. Издавна в народе подмечено, что между пьянством родителей и плохим здоровьем детей существует прямая связь. Это нашло свое отражение и в некоторых народных обычаях. Старинный русский свадебный обычай запрещал молодым в первую брачную ночь употребление алкоголя, чтобы не нанести ущерба здоровью будущего ребенка.

Влиянию алкоголизации родителей на здоровье детей посвящено много исследований, и эта проблема интенсивно изучается уже с прошлого века. Еще в конце XIX века в Швейцарии ученые составили даты рождения и даты зачатия значительного числа умственно отсталых детей, показав, что почти все такие дети были зачаты в дни различных праздников, когда, как правило, значительно увеличивалось потребление спиртных напитков. Также и во Франции еще в прошлом веке, когда были обследованы в приютах умственно отсталые дети, выявилось, что

в 2/3 случаев причиной психического недоразвития в тяжелой степени являлось пьянство родителей (в 47 % случаях — отца, в 8,5 % — матери, в 6,5 % — обоих родителей).

Их так и называли — «дети праздничных дней», «дети урожая», «дети карнавала» — в различных странах Европы по-разному, но важен тот факт, что зачатие таких детей приходилось на дни праздников, сопровождавшихся возлияниями в честь Бахуса. Русский врач В. Канель в 1914 году провел сопоставление показателей здоровья детей в семьях непьющих и больных алкоголизмом. Он установил, что смерть детей в первые месяцы после рождения отмечалась соответственно в 8,2 и 43,9 % случаях, из них отставание в психофизическом развитии и различные сопутствующие заболевания — в 9,8 и 38,6 %. Лишь менее 1/5 части детей, родившихся и выросших в семьях алкоголиков, в последующем развивались нормально как в психическом, так и в физическом отношении.

По данным ВОЗ, алкоголизация родителей констатируется при умственной отсталости детей в разных странах в 40—60 % случаев. Кроме того, алкоголизация родителей способствует возникновению психических заболеваний, отклоняющегося поведения. Для большинства подростков с таким поведением отмечается пьянство и алкоголизм родителей, а у подростков с разными формами психической патологии алкоголизм родителей отмечен в 2/3 обследованных семей.

По данным доктора медицинских наук С. Пащенкова, при обследовании 1000 умственно отсталых детей установлено, что в 50 % случаев отцы страдают алкоголизмом, в 14 % — матери или оба родителя. Не случайно среди детей алкоголиков так часто отмечается отставание в психическом и физическом развитии, они слабо учатся в школе, конфликтуют со сверстниками. В семьях алкоголиков вдвое чаще наблюдаются случаи недоношенности и мертворождений, а смертность детей в раннем возрасте в 3 раза выше, чем в здоровых семьях.

То, что алкоголизм является наиболее частой причиной патологии детского возраста и задержек умственного развития детей, подтверждают и зарубежные исследователи. В частности, когда проследили судьбу потомства у 215 родителей, злоупотребляющих спиртными напитками, из 819 детей (16 мертворожденных) 3 оказались недоношенными, 38 — недоразвитыми, 55 — страдали туберкулезом, 145 — психическими болезнями, а 121 умерли, не достигнув 20 лет. Многочисленный контингент таких детей нуждается в специализированной медицинской помощи, часть сил и средств здравоохранения выделяется для обслуживания таких людей.

При изучении детских церебральных параличей (одной из наиболее тяжелых форм патологии детского возраста) наряду с другими отрицательными факторами установлен факт злоупотребления алкоголем одного или обоих родителей в 100 % случаев. И дети эти нуждаются в интенсивной медицинской помощи не только в период младенчества, но и, как правило, во все последующие годы своей жизни.

Если от родителей, злоупотребляющих спиртными напитками, родился ребенок, не обнаруживающий сразу же после рождения проявлений задержки физического и психического развития, это еще не означает, что он полностью здоров. Дальнейшая его судьба показывает, что последствия пьянства родителей нанесли серьезный, а порой и непоправимый вред его нервной системе. Такие дети, как правило, повышенно возбудимы, неусидчивы. Они плохо спят по ночам, постоянно капризничают, легко раздражительны. Вместе с тем по мере их роста все чаще развиваются у них непослушание, упрямство, немотивиро-

ванная злобность и агрессивность. Они плохо усваивают новое. Нередко у них уже в ранние годы выявляются значительные расстройства зрения, слуха, речи, а иногда и такие тяжелые заболевания, как эпилепсия.

В 60-х годах советскими учеными были обследованы дети, родившиеся от родителей непьющих и злоупотреблявших спиртными напитками, а также алкоголиков. У детей, которые родились от непьющих родителей, не выявлено каких-либо нарушений со стороны психического и физического здоровья. Дети, которые родились от родителей с непродолжительным периодом пьянства, не имели стойких или глубоких изменений со стороны психики. Вместе с тем уже в период раннего детства у них имели место те или иные невротические симптомы, обусловленные особенностями той семейной обстановки, в которой им пришлось расти. В более старшем возрасте многим из таких детей удалось избавиться от этих нарушений, и, повзрослев, они ни в психическом, ни в физическом отношении не выделялись среди окружающих.

У всех детей, которые родились от родителей, длительное время пьянствовавших, были отмечены признаки выраженной умственной отсталости. Ни один ребенок из этой группы не смог окончить более 6 классов общеобразовательной школы. Большинство из них смогли проучиться только 4—5 классов и далее учились во вспомогательной школе. В группе же детей, родившихся от алкоголиков, умственная недостаточность проявлялась в еще более яркой степени. Из-за своего психического развития эти дети смогли учиться только во вспомогательной школе — для умственно отсталых детей.

Но, помимо чисто медицинского аспекта, можно еще говорить и о нравственном аспекте алкоголизма родителей. Ребенок впервые примеры честности, порядочности, уважения к личности другого получает в своей семье. Невольно задумываешься, какие же уроки получил ребенок, проживая в семье, где злоупотребляют алкоголем, и как они скажутся в будущем на его отношениях с окружающими, к женщине, к употреблению спиртных напитков?

Мать вызвали в школу из-за низкой успеваемости и плохого поведения ее ребенка. Учителя отмечают, что мальчик на уроках невнимателен, часто отвлекается, не может сосредоточиться на продолжительное время. Учебные задания выполняет вяло. Если, например, в решении задачи он допускает ошибку, то вместо того чтобы проанализировать свою работу и найти правильное решение, раздражается и вообще перестает заниматься заданием. На переменах во время игр быстро возбуждается, теряет чувство меры. Игры, в которых он участвует, легко перерастают в ссору или в драку. В обращении со сверстниками груб, пытается установить свой авторитет с помощью физической силы. С учителями дерзок.

Из беседы с матерью выясняется, что последние годы отец ребенка систематически пьет, домой приходит поздно вечером и всегда пьяным. Каждое его такое появление дома сопровождается скандалом с женой, угрозами в адрес ребенка. Скандалы нередко продолжаются далеко за полночь, и все это время мальчик не спит. Мать отмечает, что сын стал крайне несдержанным, грубым. Стремится скрыться от отца. Никого из сверстников в последнее время домой не приглашает, признался матери, что стыдится отца и не хочет, чтобы о его пьянстве знали товарищи.

Этот случай довольно типичен для семьи, в которой отец злоупотребляет алкоголем. Состояние мальчика, его низкая успеваемость в школе и неправильное поведение со сверстниками и взрослыми являются прямым следствием пьянства отца. Ребенок не имеет возможности регулярно заниматься, полноценно отдыхать. Он живет в атмосфере постоянного страха, оскорблений, стыда перед окружающими за поведение пьяного отца, боязни за мать и за себя. Все это привело к тому, что мальчик стал нервным, плохо владеет своими эмоциональными реакциями, не может выбрать правильный тон в общении с окружающими. Обычная школьная нагрузка на фоне развивающегося невроза оказывается для него чрезмерной, успеваемость снижается.

Если отец не прекратит пить или семья не распадется, то эти изменения в поведении, характере ребенка могут

стать необратимыми. Нередко, анализируя историю жизни больного неврозом, можно отметить, что еще в раннем детстве под влиянием пьянства отца у него возникли те или иные симптомы невроза, закрепившиеся в дальнейшем. Довольно часто из-за этого на протяжении всей последующей жизни человека остается постоянной угроза развития невроза при неблагоприятно складывающихся обстоятельствах. В таком случае имеется и постоянно высокий риск заболевания алкоголизмом.

Вот характерный факт. Среди тех, кто состоял в свое время на учете в детском психоневрологическом диспансере, алкоголизм в последующем сформировался в 17,9 % случаев. Если же ситуация осложнялась паталогией поведения, то алкоголизм формировался в 2 раза чаще (39,7 %). Это согласуется и с другими наблюдениями. Так, среди людей до 20-летнего возраста психически здоровых, в последующем к 50 годам алкоголизм сформировался лишь в 3 % случаев, а у тех лиц, у кого с юности было слабое психическое здоровье,— к 50-летнему возрасту у каждого третьего.

В последнее десятилетие врачи были озабочены распространением в мире пьянства и алкоголизма среди женщин, о чем свидетельствует соотношение частоты случаев алкоголизма среди мужчин и женщин. Сочетание у обоих родителей пьянства или алкоголизма ведет к еще более тяжелым последствиям для потомства.

Алкоголизация матери по сравнению с алкоголизацией отца удваивает риск возникновения патологии у их потомства. Это подтверждается и данными, полученными советскими учеными. Так, слабое физическое развитие детей отмечено в 37 % случаев, если отец был алкоголик, но почти вдвое чаще (66 %), если алкоголизмом страдала мать. Особенно отрицательно сказывается на детях пьянство будущей матери. Женщины, злоупотребляющие спиртными напитками, в 2,5 раза чаще по сравнению с непьющими страдают гинекологическими заболеваниями, 7—10 % беременностей у женщин-алкоголичек заканчивается выкидышем.

У алкоголичек беременность чаще протекает с появлением различной патологии и чаще заканчивается преждевременными родами. Даже в наше время, при хорошо поставленной медицинской помощи во многих странах, среди детей, родившихся от алкоголичек, по сравнению с детьми, родившимися от непьющих, выше смертность в раннем детском периоде, а оставшиеся в живых дети пьяниц и алкоголичек растут, как правило, более слабыми, чаще подвержены различным детским заболеваниям.

Наиболее отчетливо отрицательные последствия алкоголизма на потомство проявляются при злоупотреблении спиртными напитками в период беременности, в частности, выраженные в так называемом алкогольном синдроме плода или алкогольной эмбриопатии. С чем же он связан и в чем проявлется?

Как уже говорилось выше, алкоголь, легко всасываясь в желудке, достаточно быстро проникает во все внутренние органы. Столь же легко он проникает у беременной женщины и в плаценту (детское место), которая обеспечивает питание и дыхание развивающегося плода. Разрушая защитно-барьерную функцию плаценты, алкоголь проникает в плод, и отрицательное действие оказывает не только сам по себе принятый беременной алкоголь и его производные (в частности, ацетальдегид), но и другие вредные вещества, которые ранее задерживались плацентой. В результате развивающийся плод, особенно чувствительный к различным вредностям, находится под влиянием комбинации токсических факторов, что и приводит к задержке и искажению его развития.

Это особенно опасно на ранних стадиях развития плода, но и в дальнейших алкоголь, употребляемый беременной женщиной, и продукты его обмена представляют большую опасность для формирующегося плода, особенно для его нервной системы. Алкоголизация метери в период беременности часто приводит к атипичному ее протеканию, вот почему так часты выкидыши, осложнения беременности и родов, мертворождения. Алкогольный синдром плода характеризуется внутриутробным поражением эмбриона, а ребенок, родившийся от женщины, злоупотреблявшей спиртными напитками в период беременности, обречен на сильно выраженное отставание в психическом и физическом развитии.

Такие дети рождаются, как правило, с меньшим весом, значительно отстающим от нижней границы, считающейся нормой. Если отставание в весе у новорожденных обычно не превышает 3 % случаев рождений, то у матерей, злоупотреблявших алкоголем в период беременности, оно отмечается в 83 % случаев. Наблюдается и еще целый ряд патологических признаков алкогольного синдрома плода. Наряду с уменьшением длины и массы тела, повышенной подвижностью, аномалией половых органов и суставов, расщеплением неба и недоразвитием верхних и нижних челюстей следует выделить микроцефалию — меньшие, чем в норме, размеры головы и, следовательно, меньший вес головного мозга (что предопределяет умственное недоразвитие), а также сердечную недостаточность. Все это наиболее частые проявления синдрома.

Для развивающегося плода опасны самые малые концентрации алкоголя в крови у матери. Но, как известно, алкогольный синдром плода на каждую тысячу новорожденных в различных странах мира составляет от 0,4 до 3,1 случаев в среднем, число таких случаев растет. При этом замедление внутриутробного роста и развития наблюдается в 89 % случаев, микроцефалия — в 84 %, двигательная гиперактивность — в 68 %, гипотония мышц — в 58 %.

Не менее опасны минимальные концентрации алкоголя для новорожденного при грудном его вскармливании. В свое время один из зарубежных педиатров описал казуистический случай из своей практики. Как-то раз вызвали его к шестимесячному ребенку в семью, где тот вскармливался здоровой, никогда и ничем не болевшей кормилицей. Дважды в неделю, вскоре после кормления по понедельникам и четвергам у ребенка развивались судорожные припадки, которые в остальные дни недели не возникали.

Долго и тщательно выяснял врач все особенности жизни семьи и развития ребенка, пока не установил причину столь регулярных припадков. Оказалось, что дважды в неделю, по средам и воскресеньям, кормилица имела свободные дни, во время которых позволяла себе употребление спиртных напитков. Наутро во время кормления в молоке кормилицы еще содержался алкоголь, который и вызывал судорожное состояние у ребенка. После того как была установлена причина и ребенка перестали давать кормилице, припадки полностью прекратились.

Все это свидетельствует о том, что злоупотребление алкоголем одним из родителей одинаково вредно и опасно как для еще не родившихся, так и для уже имеющихся в семье детей. В той или иной форме это пагубное воздействие на ребенка проявляется не только в его детские годы, но и тогда, когда он становится взрослым, и даже переходит на поколение его детей.

Так, например, психиатрами установлено, что у неуравновешенных, эмоционально неустойчивых, плохо контролирующих свои поступки родителей дети особенно уязвимы в личной или профессиональной сфере, что, в свою очередь, повышает их восприимчивость к алкогольным соблазнам. Если же ребенок больного алкоголизмом сумел избежать вредного влияния своей социальной микросреды и примера отца, то в силу склада личности, формировавшейся в условиях многолетней жизни с родителями-пьяницами, он передаст детям повышенную восприимчивость к неблагоприятным воздействиям и неадекватность реакций на них.

Статистика подтверждает непреложный факт: число случаев детской преступности, раннего пристрастия к спиртным напиткам в семьях алкоголиков неизмеримо выше, чем в семьях, где родители не пьянствуют. А дело все в том, что дети по своей природе склонны к подра-

жанию, и самый близкий пример всегда так или иначе находит отражение в интересах, поведении, поступках детей, постоянно участвует в формировании их склонностей.

А. Макаренко, обращаясь к родителям, писал: «Не думайте, что вы воспитываете ребенка только тогда, когда с ним разговариваете, поучаете его или приказываете ему. Вы воспитываете его в каждый момент вашей жизни, даже тогда, когда вас нет дома. Как вы одеваетесь, как вы разговариваете с другими людьми и о других людях, как вы радуетесь или печалитесь, как вы обращаетесь с друзьями или врагами; как вы смеетесь, читаете газету — все это имеет для ребенка большое значение... А если дома вы грубы или хвастливы или вы пьянствуете, а еще хуже, если вы оскорбляете мать, вы уже причиняете огромный вред вашим детям, вы уже воспитываете их плохо и ваше недостойное поведение будет иметь самые печальные последствия».

Родители обязаны не только воспитывать детей. Семья должна также обеспечивать материальное благополучие ребенка, осуществлять уход и надзор за ним. Алкоголь в корне подрывает и эти функции семьи. Если заработок уходит на водку, то тут уже не до покупки сыну или дочке нового пальтишка или учебников. А как часто в семьях алкоголиков не только не покупают новых вещей ребенку, но и пропивают старые, прежде купленные! Ребенку не в чем выйти на улицу, в школу. У него нет ни места для приготовления уроков, ни соответствующих для этого условий. Никто не интересуется, чем он занят, что делает, чем увлекается, где проводит свое время.

Дома нет ни уюта, ни покоя. Разумеется, ребенок стремится вырваться из такой домашней атмосферы, и дети из неблагополучных семей большую часть времени проводят на улице. Часто они попадают в плохие компании, быстро приобретают дурные привычки. И, таким образом, пьянство родителей не только разрушает их собственную семью, пьяницы и алкоголики растят себе на «смену» следующее поколение алкоголиков — людей с различными моральными и социальными пороками.

Так, по данным исследователей, при наличии равной концентрации алкоголя в крови дети больных алкоголизмом в меньшей мере испытывают состояние алкогольного опьянения, чем дети здоровых родителей. Этим, в частности, объясняется употребление ими спиртных напитков в больших дозах для достижения соответствующего эффекта опьянения. А употребление высоких доз алкоголя ведет к более высокому риску формирования алкоголизма. Но винить следует ненормальные условия жизни и быта, безобразное воспитание, а не наследственность.

Семьи алкоголиков ужасны еще и тем, что способствуют формированию в характере ребенка ненормальных, или, как говорят врачи, патологических черт: злобности, мстительности, злопамятности или робости, лживости, лицемерия. Это связано с тем, что в подобных семьях дети растут в постоянном страхе. Ребенок знает, что на него может накричать, незаслуженно обидеть усталая раздраженная мать, может ни за что ни про что избить пьяный отец. У детей эти постоянные незаслуженные обиды во многих случаях рождают чувство протеста. Но когда они еще беспомощны, еще слишком слабы для реализации своего протеста, копят свои обиды. Так рождается злопамятность, мстительность, злобность.

Дети же со слабой нервной системой часто не способны на протест. Они вырастают робкими, затравленными, но часто лживы и хитры, льстят и заискивают перед более сильными и не упускают случая поиздеваться над слабыми. Все эти уродливые черты характера — результат вопиюще ненормальной обстановки в семье, порожденной пьянством родителей.

Боль ребенка, видящего побои и пьяные издевательства над матерью, рождает чувство страха за нее, желание любой ценой защитить ее. Но бывает и по-другому. Постоянные издевательства отца, безответность матери перед унижающим ее достоинство пьяным мужем и любовь к ней со временем сменяются презрением, возникает подражание отцу. Настает день, когда такой подросток бросает в лицо матери циничное ругательство, бесконечное число раз слышанное им от отца в ее адрес. Все ему теперь

чужие: постоянно пьяный, вызывающий страх и омерзение отец, несчастная, забитая, вызывающая своей безответностью презрение мать. У ребенка возникает отчуждение, чувство одиночества.

Взаимная любовь и внимание друг к другу, общие интересы, взаимная забота — все, из чего складываются человеческие отношения, чем силен маленький коллектив, именуемый семьей,— этого не остается и в помине. По сути дела, у такого ребенка нет семьи.

Если для большинства родителей выпивка детей 9—10 лет — чрезвычайное происшествие, то против употребления спиртных напитков подростками и юношами они нередко не возражают: «Лишь бы в меру». А в некоторых семьях дети с ранних лет усваивают «правило», что праздник без вина — не праздник, что выпивка — вполне «обычное» явление.

Это приносит огромный вред, так как молодой организм в 14—18 лет очень чувствителен к действию алкоголя. Подростки, даже изредка употребляющие спиртные напитки, плохо учатся, склонны пренебрегать своими обязанностями, нарушают общепринятые нормы поведения в семье и школе, отстают от своих сверстников и в умственном, и в физическом развитии, нередко страдают разными нервно-психическими расстройствами.

Психиатрами давно уже установлено, что чем моложе человек, начинающий «привыкать» к алкоголю, тем быстрее у него развивается алкоголизм. Так, если систематическое употребление алкоголя началось с 22—25 лет, алкоголизм развивается в течение 5—10 лет, а у юношей, выпивающих с 15—17 лет,— за 2—3 года, у подростка же, регулярно употребляющего спиртные напитки в свои 13—15 лет,— меньше чем за год возникает непреодолимая тяга к алкоголю.

Приведенные факты позволяют оценить не только те тяжелые последствия, которые несет злоупотребление алкоголем родителей их детям. В связи с этим возникает проблема и перед обществом. А оно потенциально теряет в этих детях будущих полноценных граждан, ибо в силу недостатков их развития им уже недоступно овладение высокими культурными ценностями и профессиональным мастерством. Только при специальном обучении они способны к выполнению наиболее простых операций, да и то исключающих такой творческий элемент, как поиск, а это невосполнимая потеря для общества.

Вредное влияние алкоголя на подрастающее поколение заключается также и в том, что в настоящее время пьянство и алкоголизм во всех странах имеют тенденцию к «омоложению», то есть систематическое употребление спиртных напитков и возникающий на этой почве хронический алкоголизм развиваются у все более молодых людей. По данным социологов, наибольшая распространенность алкоголизма среди населения многих стран мира приходится сейчас преимущественно на возраст 25—45 лет, то есть начиная с того возрастного периода, когда молодые люди создают семьи и готовятся стать родителями. Поэтому профилактика алкоголизма среди этой группы населения приобретает особую остроту.

В заключение хотелось подчеркнуть, что, как показали исследования состояния здоровья городских семей, употребление спиртных напитков отмечено лишь в 10,8 % семей с удовлетворительным состоянием здоровья его членов, в то время как с неудовлетворительным — в 70 % случаев.

Не боясь преувеличений, можно считать, что алкоголизм, развивающийся у больного, касается не только его самого, но затрагивает судьбы по крайней мере десятка людей, связанных с ним семейными, родственными узами, бытовыми и профессиональными отношениями. И каждый случай злоупотребления алкоголем или хронического алкоголизма сдерживает развитие общества, тормозит его, нанося урон всем и каждому. Сколько худого пьянство делает или душе, или телу, или славе и пожиткам, говаривали в старину,— столько пользы и выгоды можно получить от трезвости, которая есть не что иное, как добродетель.

КОММЕНТАРИЙ СОЦИОЛОГА

Прошло более двух лет с момента принятия постановления ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма». О некоторых проблемах борьбы за трезвый образ жизни, выявленных в ходе социологических обследований, рассказывают кандидат философских наук Франц Эдмундович ***ШЕРЕГИ,*** *старший научный сотрудник Высшей комсомольской школы при ЦК ВЛКСМ и кандидат медицинских наук Юрий Валентинович* ***ШИЛЕНКО,*** *старший научный сотрудник Всесоюзного научного центра наркологии МЗ СССР.*

Воспитывает общественное мнение

За последние два года производство алкогольных напитков в стране сократилось почти вдвое. Оставшиеся 50 % их производства также можно сократить за два последующих года. Будет ли это означать, что с пьянством и алкоголизмом покончено? Разумеется, нет. Было бы наивно думать, что укоренившиеся в сознании людей традиции хмельного застолья, бытовавшее десятилетиями массовое употребление спиртных напитков исчезнут как по мановению волшебной палочки. Как показывают результаты социологических исследований, несмотря на сокращение объема реализации вино-водочных изделий, затраты в семейном бюджете на них по-прежнему остаются не высоком уровне из-за повышения розничных цен. Потребление снижается, но сам факт высоких затрат — налицо!

Но чего стоят самые детальные выкладки, если за рамками скрупулезного анализа остается «теневое» потребление алкоголя в виде самогона, чачи и тутовой водки домашнего изготовления, различных спиртосодержащих жидкостей. А ведь в 1984 году их потребление составило до 4-х литров (абсолютного алкоголя) на душу населения. И это в то время, когда на тот же товарный алкоголь — заводского изготовления — расходовалось (на душу населения) 185 рублей за год, иными словами, населением пропивалось за год 50 миллиардов рублей. На сегодняшний день сокращение реализации алкогольных напитков компенсируется увеличением производства и продажи самогона.

Все это свидетельствует о том, что наряду с положительными сдвигами в известных пределах потребность в алкогольных напитках в условиях ограничения доступа к ним сохраняется. Но ее удовлетворение начинает принимать деформированные, уродливые формы. И так как самогоноварение не поддается точному и полному учету, оно маскирует реальную картину борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Известен целый ряд таких уродливых явлений. Активизируется спекуляция этими изделиями, расходуются ценные продукты питания на их изготовление, еще пагубнее отзывается самогоноварение (как и потребление различных спиртосодержащих жидкостей) на здоровье людей: утяжеляются заболевания, нередки отравления разной степени тяжести, вплоть до летальных исходов, начинают проявляться и признаки нарко- и токсикомании.

Поэтому недавний Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об ответственности за самогоноварение» предусматривает наложение административного взыскания в виде штрафа от 100 до 300 рублей за изготовление и хранение самогона или других крепких напитков домашней выработки без цели их сбыта, так же как и изготовление и хранение без цели сбыта аппаратов для их выработки. Повторные в течение года (после взыскания) такие действия влекут за собой уголовную ответственность и наказываются исправительными работами на срок до двух лет (или штрафом от 200 до 500 рублей).

Безусловно, продолжая сокращение производства алкогольных напитков, требуется создать такую ситуацию, при которой сокращение потребления спиртного достигалось бы в первую очередь за счет ликвидации самогоноварения. Это свидетельствует о необходимости усиления идеологического обеспечения борьбы за трезвость, дальнейшего, более эффективного развертывания пропагандистской работы. Ведь, как и прежде, большинство пьющих не представляют себе в полной мере всех отрицательных последствий потребления алкогольных напитков.

И отношение общественного мнения к борьбе с пьянством меняется все еще медленно. По-прежнему большинство опрошенных считают, что борьба эта должна вестись руководителями предприятий и организаций, но не лично ими. Она еще не стала делом каждого, сохраняется и либеральное отношение к пьянству. Так что исчерпаны на сегодняшний день лишь поверхностные, по сути, факторы борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Так, например, не во всех вопросах, связанных с борьбой за трезвость, общественное мнение оказывается объективным. Фактически единогласно опрошенные переносят центр тяжести вины за злоупотребление алкоголем с потребителя спиртного на спекуляцию им. Также и по ставшему риторическим вопросу — пить или не пить — призывы большинства опрошенных раздаются за умеренное потребление алкоголя либо за расширение торговых точек продажи пива. Вот наиболее типичные высказывания из этой «серии» ответов.

Например, 23-летний молодой человек (рабочий, имеющий пятый разряд) полагает: «Мое мнение — продавать больше сухих вин и пива, не создавать очередей у магазинов. После работы надо отдыхать, а людям приходится по 3 часа стоять в очереди за бутылкой вина или пива». Сродни этому высказыванию и позиция 28-летней служащей: «Считаю, что сокращение количества точек по продаже спиртных напитков нецелесообразно, так как сейчас у магазинов простаивают огромные очереди, а работники милиции, вместо того чтобы вести борьбу с теми же пьяницами (нарушающими общественный порядок), вынуждены охранять эту очередь».

В ряде случаев звучат и скептические нотки, как, например, в словах 25-летнего рабочего: «Меры ни к чему не приведут — кто пил, тот и будет пить, но уже не водку, а одеколон, и жидкость от пота. Надо бороться, чтобы молодежь не втягивалась в пьянство. И вообще считаю, что уменьшение продажи винно-водочных изделий и удорожение их ни к чему не приведут. Прошу увеличить производство пива и продажу его на каждом углу». Высказанное беспокойство о молодежи имеет под собой основание. В одном из обследованных нами районов Москвы число задержанных в нетрезвом состоянии подростков возросло почти вдвое только за один год. И без усилий со стороны общественности перевоспитать их затруднительно, ведь более половины из них (63 %) проживают в так называемых неполных семьях.

Велика роль общественного мнения в борьбе за трезвость. Воспитательная роль трудовых коллективов в ликвидации пьянства на производстве оценивается рабочими выше мер административного наказания или порицаний со стороны руководителей общественных организаций. Однако вклад трудовых коллективов пока еще остается невысоким. И дело не в позиции их. Например, по мнению 75 % рабочих, опрошенных нами на предприятиях Ижевска, их трудовые коллективы абсолютным большинством голосов осуждают пьяниц, но осуждение молчаливое, бездейственное.

Активизировать работу трудовых коллективов, сделать более действенным их общественное мнение в борьбе с пьянствующим контингентом призваны организации вновь созданного Всесоюзного общества борьбы за трезвость. Но не удивительно, что это призвание не воплощается в реальные действия. По данным опросов, состав рабочих в первичных организациях на обследованных предприятиях (Москвы, Ижевска) не превышал 20 %. Нельзя сказать, что рабочие не поддерживают антиалкогольную борьбу клубов трезвости (лишь 26 % опрошенных рабочих Ижевска однозначно высказались против них). По сути дела, не устраивает их пропитанная формализмом и суетностью насильственная мобилизация в ряды Общества при полной неясности для них форм работы, функций и задач первичных организаций.

И действительно, не вступать же лишь для того, чтобы только учли как непьющего? Не секрет, что происходит превращение первичных организаций в своеобразные статистические органы, более того, происходит их обособление. Вступая же в организацию, человек обычно преследует тот или иной интерес. Это может быть и занятие туристическими походами, рыбалкой, физкультурой и спортом, художественной самодеятель-

ностью, словом,— культурным проведением досуга по интересам.

Нельзя не видеть также и то, что общества борьбы за трезвость работают в основном с непьющими: пьяницы и алкоголики оказываются пока в стороне. Да и что они могут предложить в противовес пьяному досугу? За каждой копейкой для проведения любого мероприятия надо обращаться к администрации и в профсоюз. Общества, по существу, не ведут работу по организации культурного досуга населения, так как не располагают ни финансовыми условиями, ни материальной базой.

Таким образом, судя по результатам социологических обследований населения, первичные организации Общества борьбы за трезвость не в полной мере определились в своей профессиональной работе, не обеспечивают нужную, живую работу с людьми по организации их культурного досуга, что и могло бы привлекать их к активной деятельности в рядах организации.

Конечно, отмеченное обстоятельство не означает, что движение за трезвый образ жизни не имеет массового характера. Сегодня членами Всесоюзного общества борьбы за трезвость являются 14 миллионов человек, а первичные организации созданы почти в 450 тысячах трудовых и учебных коллективов (см.: Московская правда.— 1987.— 16 июля). Вместе с тем работа их требует скорейшего усовершенствования, широкого использования плодотворной инициативы масс, отказа от административных методов работы. И прежде всего необходима опора на действенную силу общественного мнения трудовых коллективов.

Для усиления воспитательной роли общественного мнения в дальнейшем расширении нуждается статистическая работа. В первую очередь в плане сбора необходимых данных о потерях в процессе производства, связанных с пьянством и алкоголизмом. Речь идет о таких данных, как, в частности, потери живого труда, материальных ресурсов, объемы бракованной продукции и снижение ее качества по этой причине, наконец, потери национального дохода, общественного продукта. В столь серьезном деле не место предположениям и догадкам.

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Судя по письмам читателей, большой интерес вызывают вопросы о том, как правильно пользоваться аутогенной тренировкой в лечении больных алкоголизмом и в чем суть методики гипнотерапии профессора В. Рожнова. Отвечают главный нарколог города Москвы Эдуард Семенович ***ДРОЗДОВ*** *и главный врач наркологической больницы № 19 Евгений Иванович* ***ЗЕНЧЕНКО.***

Возможности внушения и самовнушения

Применять аутогенную тренировку в лечении больных алкоголизмом рекомендовалось еще IV Всесоюзным съездом невропатологов и психиатров в 1963 году. Это метод активирующей психотерапии, способствующий повышению у больного уровня самоконтроля и саморегуляции.

Большой опыт аутогенной тренировки уже имеется. Сущность самовнушения (внушения каких-либо мыслей, желаний, образов, ощущений и состояний самому себе) состоит в автоматическом повторении (до 30 раз) одной и той же формулы, состоящей из нескольких фраз. Характер ее зависит от вида патологического расстройства, отражает содержание болезненных переживаний. И задача врача заключается, по мнению видного психотерапевта Н. Иванова, в обоснованном подсказе пациенту необходимости выработать такую «формулу противодействия», использование которой может иметь поддерживающее значение и по окончании курса лечения служить укреплению психологической установки личности на длительность воздержания.

Два основных варианта формул противодействия, в общем, таковы: если первый состоит в критической оценке патологического влечения к алкоголю, то второй — в мысленном противопоставлении «соблазняющей» ситуации выпивки тяжелых последствий прошлого, обусловленных пьянством. Важно учитывать типичные ситуации, способствующие возникновению рецидива. В частности, Н. Иванов выделил следующие пять таких ситуаций:

«товарищеская встреча» с присущим

ей характером взанмоотношенин;

самообман — нллюзориая «особая» прнчнна, позволяющая в виде нсключеиия принять алкоголь, чтобы потом уже «с новой снлой продолжать работу над собой»;

эмоциоиальиая угнетеииость, вызывающая привычное стремление нспытать «утешающее» действне алкоголя;

беспрнчнино возннкающая днсфорня (тоскливо-раздражнтельиое настроенне), сннмаемое обычио алкоголем в какой-то степенн;

пережнваиня, связаиные с утомленнем, общей слабостью, душевной вялостью, безынициативностью.

Для каждой такой ситуацнн формулы протнводействня разрабатываются нндивидуально, с учетом личностн больного, уровня его образоваиня, професснн. Так, в случае возннкновеиия подобиой иепредвнденной снтуацнн иеобходнмо тут же повелительио обратнться к себе н повторить логическн обосиованное и прииятое за основу самовнушеине, в котором звучит увереииость в своих снлах, в иензмеиностн принятого решеиня.

Во врачебиой практнке зарекомеидовали себя следующне формулы самовнушения:

— Я верю в себя.

— Я владею собой в любой снтуацнн.

— Я говорю себе: я не пью н меня ие тянет.

— Нникто ие уговорит меня выпить.

— Я управляю собой сам.

— Я ие измеию своего решення.

Еще В. Бехтерев, выдающнйся русский психнатр н невролог, советовал для самовиушення нспользовать период перед засыпанием н следующий за пробуждением, заннматься по нескольку раз с полиым сосредоточеннем, пронзнося формулу от своего имеин н в утвердительиой форме. Начниая с 5—6 сеаиса в практнке аутогениой треннровки больиым предлагается 2 раза в деиь (по 2—3 минуты) концентрировать с помощью самовнушеиня свое вннманне на прнiнятом решеинн длнтельно сохранять режим трезвости. На иачальиом этапе болезии илн после лечения (стационарного либо амбулаторного) аутогеииая треиировка прнводнт к оптимальным результатам.

Одиако эффектнвиость аутогеииых упражиеиий обратио пропорциональна степеии завнсимостн от спнртиого. Для борьбы с этой тяжелой болезнью иужно, как нзвестио, воссоздать нли вновь развнть такие разрушеииые алкоголем псиxнческне свойства личностн, как доверне к себе, увереииость в своих силах, упорство и иастойчнвость. Известиый специалнст Ханнес Лнндеман на занятнях аутогеиной тренировкой рекомендует использовать следующие формулы самовиушеиня:

— Я совершеино спокоеи, увереи в себе н свободеи.

— Алкоголь безразличеи мне, воздержание приноснт радость.

— Ннкогда, ннчто н ннкто ие заставнт меия пнть спнртное.

— Я совершенио спокоеи и увереи в своих силах.

— Алкоголь мие чужд, и это доставляет мне радость.

— Последовательно и иеукосннтельно я воздержнваюсь...

— Я уверенно достнгну поставлеииой целн.

— Я неукосннтельно н твердо нду к целн.

— Я справлюсь.

Если человек решнл серьезно приступнть к леченню, прииципиально неважно, прнзнает ои себя алкоголнком нлн иет. Известно, что часто боятся самого назваиня болезни, да еще с такнм добавленнем — хроиический. Главное — это поиять, что иаступнл критический момеит в жнзин, что иеобходнмо в корне изменить свон прнвычки н поведеине, осознать, что трезвость — это еднествеиный исход лечення, а золотой середниы нет. Аутогенная треннровка поможет только в том случае, еслн не пытаться идти иа компромнсс с собой, еслн решеине твердо н бесповоротно.

Что касается методнкн эмоцноиальиострессового гипиоза, разработанной одннм нз ведущнх пснхотерапевтов страны профессором В. Рожновым, пользующейся заслуженной популярностью, то вкратце суть ее такова. Эмоцноиальнострессовая гнпнотерапия состоит из бесед (предшествующнх гнпнотическому воздействню) н логнчески продолжающего нх словесного влняиия, осуществляемого уже непосредствеино в гнпнозе.

Во время сеанса гипноза в группе больных (8—15 человек) врач развивает прозвучавшие в предварительной беседе с ними мысли о вредном влиянии алкоголя на организм, проводит выработку условного тошнотно-рвотного рефлекса на вкус и на запах алкоголя. Условная отрицательная реакция образуется весьма быстро. Иногда достаточно лишь 3—4 сочетаний словесного внушения со смачиванием губ, носа и полости рта спиртом, чтобы в последующем произнесенное слово «водка» вызывало бурный тошнотно-рвотный рефлекс.

Коллективные сеансы эмоционально-стрессового гипноза сочетаются с углубленной индивидуальной работой с больным, с культурно-массовыми мероприятиями, продуманной системой творчески заряжающей трудовой терапии. Важно, чтобы больные наглядно убедились, что прекращение пьянства не только хорошо сказывается на их физическом самочувствии, но и происходит восстановление их трудовых навыков.

Публикуется в изложении; из книги «Алкоголизм: 100 вопросов и ответов».— М., 1986).

* * *

В своих письмах читатели интересуются тестами самоконтроля в употреблении спиртных напитков, позволяющими, что называется, посмотреть правде в глаза, осознать истину, сколь бы неприятной она ни была. Публикуем тест ***Д. АРОНОВА,*** *доктора медицинских наук (по материалам статьи «Алкоголь — враг № 1» в сборнике «Физкультура и здоровье» — Вып. 1.— М., 1985).*

Шкала алкоголизации

Вряд ли найдется человек, даже, несомненно, страдающий алкоголизмом, который признал бы наличие у себя этой болезни, не приуменьшил бы ее значение. Часто людям свойственно отрицать неприятное, стараться видеть себя

Часть Б: признаки-вопросы	Ответы	Очки
Оставляете ли начатую бутылку недопитой?	Нет	100
	Да	0
Бывает ли рвота при приеме спиртного?	Нет	50
	Да	0
Если «нет», бывала ли она прежде?	Нет	50
	Да	100
Бывало ли в последние 6 месяцев неодолимое желание выпить?	Нет	0
	Да	200
Если «да», то как долго можете не употреблять имеющееся дома спиртное?	До 1 недели	100
	До 1 месяца	50
	Более 1 месяца	0
Пили ли в одиночку в последние 6 месяцев?	Нет	0
	Да	100
Пили ли без социально обусловленных поводов (праздники, дни рождений, приход гостей) в последние 6 месяцев?	Нет	0
	Да	100
Изменилось ли количество алкоголя, вызывающего состояние опьянения за последние 12 месяцев?	Нет	0
	Да	100
Если «да», то в какую сторону?	Повышения	100
	Понижения	200
Трясутся ли руки (вопрос лицам моложе 60 лет, не страдающим нервными болезнями и заболеваниями щитовидной железы)?	Нет	0
	Да	200
Пьете ли с совершенно незнакомыми до выпивки людьми?	Нет	0
	Да	100
Была ли полная потеря памяти после выпивки за последние 6 месяцев?	Нет	0
	Да	100
Чувствуете ли потребность опохмеляться после приема спиртного?	Нет	0
	Да	200
Если «да», то улучшается ли самочувствие после опохмеления?	Нет	50
	Да	200
Пили ли в последние 6 месяцев в случайных местах, где придется (на улице, около магазина, на стадионе и т. д.)?	Нет	0
	Да	50

в более благоприятном свете и даже бравировать своими возможностями. Поэтому тест построен с тем, чтобы объективно отразить связанные с потреблением алкоголя проблемы, возникающие у испытуемого.

Вместе с тем предлагаемая шкала не является строгим медицинским инструментом для диагностики и не предназначена для выявления больных или форм заболевания алкоголизмом. Основная цель ее профилактическая — выявить степень злоупотребления алкоголем у тех, кто подвержен этой вредной привычке, последствия которой так хорошо известны.

Шкала состоит из двух частей А и Б, и каждой градации степени употребления

Часть А: прием спиртного в последние 6 месяцев	Очки
Крепкие напитки (свыше 200 мл) или вина (более 500 мл):	
редко (до 3 раз в месяц)	200
часто (4 раза и более в месяц)	300
Крепкие напитки (100—200 мл) или вина (250—500 мл):	
редко (до 3 раз в месяц)	100
часто (4 раза и более в месяц)	200
Крепкие напитки (до 100 мл) или вина (до 250 мл):	
редко (до 3 раз в месяц)	50
часто (4 раза и более в месяц)	100
Символическое пригубливание рюмки в компаниях	0

алкоголя соответствует определенное количество очков. Часть А определяет актуальную ситуацию в отношении частоты и количества приема алкоголя в самое последнее время. После завершения проверки по части А нужно обратиться к части Б шкалы, в которой представлены некоторые признаки, уточняющие степень алкогольного неблагополучия, если таковое имеется. И против каждого признака также выставлено определенное число баллов или очков.

Все набранные очки складываются, а сумма определяет степень алкоголизации. Состояние испытуемого находится на опасном уровне алкоголизации, может повлечь за собой отрицательные медицинские и социальные последствия, если сумма очков достигает 300—500. Если же она превышает 500, то у испытуемого определенно имеются признаки хронического алкоголизма, для выявления которых необходимо обратиться к врачу.

НАШИ РЕФЕРАТЫ

Академик АМН СССР ***Ю. ЛИСИЦЫН*** *считает: всю структуру работы по формированию трезвого образа жизни как основы для искоренения пьянства и алкоголизма должно пронизывать политическое видение проблемы. А это означает понимание того, что алкоголизация подрастающего поколения — серьезная угроза для интеллектуального и нравственного потенциала нации.*

О риске алкоголизации подростков

Наиболее опасен для формирования алкоголизации, по мнению исследователей, подростковый возраст. В своей статье «Трезвый образ жизни как основа преодоления пьянства и алкоголизма» (см.: Советское здравоохранение. — 1987. — №3) Ю. Лисицын, Л. Розенфельд и П.Сидоров приводят данные выборочного обследования 693 сельских подростков — учеников 8—10 классов средней школы. Оказалось, что 22,2 % подростков, попробовавших алкоголь в возрасте 13—14 лет, в дальнейшем выпивали 1—2 раза в неделю, и такой же процент их — ежедневно, а 55,6 % выпивали всегда, когда представлялась возможность.

Как было установлено, 60 % тех сельских старшеклассников, которые систематически употребляли алкогольные напитки, познакомились с ним в 11—14 лет. Вкус алкоголя узнала уже в 11—12 лет 1/3 часть тех старшеклассников, которые употребляли его по праздникам, и лишь те сельские старшеклассники, кто попробовал спиртной напиток впервые и только раз в жизни, сделали это в основном в 14 лет. В среднем же первое знакомство с алкоголем мальчиков-подростков происходило в возрасте 13—14± 0,6 года.

У большинства опрошенных подростков отмечалось, что основным мотивом первой выпивки выступает любопытство и желание повысить настроение, получить удовольствие, а условия для удовлетворения таких побуждений вполне обеспечиваются укоренившимися обычаями, традицией. Вот, например, как реагировали родители на первую выпивку своих детей.

В статье приводятся следующие данные: 30,6 % родителей сельских подростков просто не заметили, когда это произошло, 45,4 % — одобрительно высказывались, а 15,4 % — даже способствовали первой выпивке. Только 8,6 % родителей наказали своих детей за этот проступок. И зависимость между возрастом знакомства с алкоголем и частотой дальнейших выпивок проявилась именно у тех детей, систематически употреблявших спиртные напитки в дальнейшем, родители которых высказались одобрительно.

Такое поведение взрослых людей связано и с довольно низким уровнем знаний о влиянии алкоголя на здоровье. Так, по данным проведенного в январе 1986 года Всесоюзного социологического исследования (Центральным НИИ санитарного просвещения и Центром по изучению общественного мнения Института социологических исследований АН СССР), выяснилось, что лишь 56 % среди опрошенных считают употребление алкоголя в малых дозах вредным. Исследованием было выборочно охвачено население 15 союзных республик, городов с численностью жителей 200 тысяч в среднем.

Как свидетельствуют доктор медицинских наук В. Попов и кандидат биологических наук А. Андреева (см. Советское здравоохранение.— 1987.— № 5), практически каждый пятый не видит в употреблении спиртных напитков вреда, считая, что если человек имеет крепкое здоровье и чувство меры, то ему можно выпить. А каждый десятый заявляет, что алкоголь в разумных дозах даже полезен для здоровья, например, при простудах, для аппетита. И особенно прискорбен тот факт, что каждый второй опрошенный недостаточно осведомлен о негативном влиянии алкоголя на потомство пьющего.

Несмотря на возросший арсенал терапевтических средств и методов, лечение подростков, страдающих алкоголизмом, остается сложной и трудной проблемой, считает доктор медицинских наук В. Матвеев. Первая сложность заключается в том, пишет он в своей брошюре «Не вступать на гибельный путь» (М.: Знание, 1986. Библиотечка «Против пьянства — единым фронтом»), что, как правило, больной подросток категорически отказывается лечиться в наркологическом диспансере.

А это значит, что лечение в стационаре должно быть проведено вопреки его воле, когда он требует выписки, считая себя униженным, угрожает родителям, что еще «им покажет» по возвращении. Так тяжело проходят только первые дни, необходимость пребывания в лечебнице постепенно осознается подростком. И это закономерно. В стационарных условиях применение психотерапевтических, успокаивающих и специальных противоалкогольных лечебных средств более эффективно.

Чрезвычайно трудный этап наступает после выхода подростка из стационара. Это своеобразная проверка уровня зрелости его самосознания. Если в результате проведенного лечения и психотерапевтической коррекции подросток начинает осознавать начальные признаки своей болезни, не формально, а до глубины души прочувствовав всю тяжесть своего положения, то это уже большое достижение, подчеркивает В. Матвеев.

Сложность в том, что, хотя такой подросток «прозрел», понимает, что во всем виноват сам, стремится исполнять назначения врача, его согласие на лечение, проведение полного курса (не менее 3—4 месяцев) еще не гарантирует полного излечения. Ведь остается опасность влияния старых приятелей, с которыми была связана положительная установка на ситуацию «распития».

Первые недели и даже месяцы после выписки из больницы, когда подросток ведет абсолютно трезвую жизнь — при бдительном контроле со стороны родителей и педагогов, пьянство может прекратиться навсегда. Подросток верит в то, что не будет больше употреблять спиртные напитки. Однако коллективная психическая зависимость от алкоголя может оказаться сильнее его индивидуальной воли: встреча с пьющей компанией ведет к срыву. Важно действенно убедить подростка в необходимости полного исключения спиртных напитков на всю жизнь. И это не просто. Иногда целесообразно даже изменить его местожительство. А при повторной массивной алкоголизации необходимо и повторное стационарное лечение, говорится в брошюре.

В ней анализируются причины и пер-

вые признаки подросткового алкоголизма, дается представление об особенностях подросткового возраста, об эмоциональной сфере, поведенческих реакциях и личностной структуре подростков, об акселерации и инфантилизме и пагубном влиянии алкоголя на растущий организм и, конечно, рассмотрены рекомендации по противоалкогольной работе с подростками.

Подростковый алкоголизм считается заболеванием хроническим, ему присущи свои характерные патологические проявления, стадии течения. Практически встречаются в подростковом возрасте лишь первые две стадии алкогольной болезни из трех — последняя стадия развивается редко, при крайне злокачественном течении либо при алкоголизации, начавшейся с детства. В первой стадии исследователи отмечают этап предалкогольной болезни продолжительностью от 1 до 1,5 лет, когда под влиянием еще только коллективной психической зависимости подросток осознает, что хочет испытывать эйфоризирующее действие алкоголя. Далее наступает индивидуальная психическая зависимость от алкоголя с выраженными признаками болезненных расстройств.

По мнению В. Матвеева, первая стадия — неврастеноподобная: симптомы алкогольной интоксикации лишь напоминают таковые при астеническом неврозе, а причины их возникновения разные. Больные подростки становятся крайне раздражительными, эмоционально несдержанными, грубыми в общении с родными и близкими, у них обострены психические реакции эманспиации (стремления высвободиться из-под опеки, поступать по-своему), оппозиции (протеста), гиперкомпенсации (неудач в одной области успехами в другой). И даже при небольших психических нагрузках они быстро устают и отвлекаются. Нередки у них головные боли, нарушается сон, появляются неприятные ощущения со стороны внутренних органов.

Неврастеноподобные нарушения выступают на передний план, и настроение подростка все чаще становится угнетенным. Такие подростки представляют прежде всего опасность для окружающих их сверстников — в школе, в доме, в котором проживают они, во дворе, так как становятся инициаторами выпивок, привлекая неустойчивых и слабых, а нередко и детей. Уже на этом этапе довольно трудно преодолеть навязчивое влечение к спиртному, увеличивается переносимость (до 250—300 мл водки), что воспринимается в подростковых компаниях как признак «мужественности», когда стакан водки выпивается запросто. И, конечно, чувство контроля за количеством выпитого теряется.

Собственно говоря, о болезненных сдвигах в организме свидетельствуют нарастание переносимости (толерантности) и усиление влечения к алкоголю до болезненной навязчивости, причем влечение это возникает теперь и в течение всего дня. Алкоголь принимается не только в вечернее время, как это бывает наиболее часто, но и днем или утром. А после передозировок появляются выраженные признаки интоксикации: тошнота, рвота, потеря аппетита, головная боль, слабость, недомогание, быстрая утомляемость, что сопровождается нарушениями сердечно-сосудистой системы.

И все же, несмотря на последствия тяжелых интоксикаций, болезненное влечение к алкоголю сохраняется: подросток пьет вновь при первой же возможности, уже не испытывая угрызений совести в период нарастания болезненных расстройств, не стесняясь появляться и на людях в нетрезвом состоянии. При частом приеме всевозрастающих доз спиртных напитков (в 5—6 раз по сравнению с дозами, принимавшимися на первом этапе пьянства) происходит сдвиг в реактивности организма.

Так наступает иной, по существу, качественно новый этап в развитии алкогольной болезни. Имевшиеся болезненные симптомы несколько изменяются, появляется абстинентный (похмельный) синдром, свидетельствующий о начале второй, наиболее выраженной стадии болезни, когда возникает физическая зависимость от алкоголя. Как подчеркивает В. Матвеев, обычно подростки еще на первой стадии болезни, подражая пьяницам, порой пытаются снять мучительное состояние интоксикации после пьянки с помощью спиртного. Но это не облегчает, а лишь утяжеляет болезненные проявления. Такой прием спиртного становит-

ся «лекарством» только при развитии истинного похмельного синдрома, когда снижается болезненность этих ощущений.

Как известно, абстинентный синдром проявляется у подростков иногда в конце первой стадии болезни, будучи недостаточно четко выраженным. Преимущественно отмечается у них начальная соматическая абстиненция, за которой следует психическая, протекающая с нарушениями сна, тревогой, беспокойством, подозрительностью, иногда с расстройствами восприятия в виде иллюзий или галлюцинаций. Уловить переход между ними, по словам В. Матвеева, у подростков не всегда удается. Это происходит уже в более зрелом возрасте, а сроки наступления психической абстиненции зависят от индивидуальных свойств организма, характера алкоголизации и качества принимаемых спиртных напитков, имеют также значение перенесенные заболевания и травмы.

Отмечается, что уже на начальном этапе развития синдрома похмелья у подростков возникают и другие болезненные расстройства, свидетельствующие о наступлении второй (наркоманической) стадии болезни. В отличие от взрослых физическая зависимость от алкоголя у подростков развивается чрезвычайно быстро — в течение 2—2,5 лет от начала систематического пьянства одновременно с усилением психической зависимости, когда преодолеть патологическое влечение к алкоголю подросток уже практически не в состоянии, и появляются наркотические формы опьянения — до «отключения».

Особенность течения алкоголизма у подростков, замечает В. Матвеев,— в своеобразном наслоении симптомов второй стадии болезни на развившиеся в течение первой стадии ее болезненные расстройства. Провалы памяти (амнестические расстройства) могут появляться уже в первой стадии алкоголизма, когда еще нет признаков физической зависимости. Характерно, что во второй стадии пьянство может занимать несколько дней кряду: сильная абстинентный синдром — опохмеляясь, подросток уже к вечеру стремится добыть спиртное, вновь испытывая болезненное влечение.

Переносимость алкоголя на этой стадии болезни у подростка, как отмечают исследователи, может достигать 1,5 л крепленого вина или 0,5—0,6 л водки, причем в течение нескольких лет она снижается из-за изменения реактивности организма в результате систематического пьянства. Снижение толерантности сопровождается психоневрологическими расстройствами: выпившие подростки становятся агрессивно-злобными, возбужденными, нарастают характерные для алкоголизма черты психопатизации личности. Отличительным признаком изменения реактивности организма во второй стадии болезни является отсутствие рвотного рефлекса при передозировках алкоголя.

Для купирования длительных (до нескольких часов) абстинентных расстройств подростки пользуются наиболее доступными средствами, опохмеляясь и пивом, и легкими винами, крепким чаем или кофе, употребляя при отсутствии спиртного и болеутоляющие средства (анальгин, пирамидон) — для снятия головной боли. Все жизненные интересы все в большей мере прямо или косвенно связаны с приемом спиртного — круг их сужается, а изыскивая пути к добыванию алкогольных напитков, подростки, как правило, оказываются в компании асоциальных элементов, встают на путь правонарушений.

Собственно, алкоголизация подростков и является одной из форм асоциального поведения. Что касается асоциальной компании, то она, как показывают исследования (см. Копыт Н., Сидоров П. Профилактика алкоголизма.— М., 1986), служит для подростка тем коллективом, где происходит его приобщение к дальнейшему употреблению алкоголя: 2/3 опрошенных считают, что именно влияние выпивающих товарищей и приятелей повинно в их алкоголизации. Конечно, влияние это обусловлено, считают исследователи, и особенностями развития психики подросткового возраста (реакциями эмансипации, группирования — сближения со сверстниками в пределах групп), а также ослаблением фактора семьи, особенно в «проблемных», неблагополучных семьях.

Возрастной фактор риска алкоголизации занимает второе место по силе влияния: чем раньше ребенок приобщил-

Мотивы употреблеиия алкоголя (в процеитах положительных ответов). (Н. Я. Копыт, П. И. Сидоров, 1986)

Ведущий мотив	Клинически группа	Группа риска
Нет мотива	5,4	10,4
«Выпиваю для повышеиия иастроения»	1,8	5,6
«По традицни»	1,8	5,6
«Люблю выпить»	0,9	—
«Подиять тонус»	0,9	—
«За компанию»	2,7	3,7
«Как все»	4,4	8,4
«От иечего делать»	0,9	0,9
«Чтобы забыться»	0,9	—
«Просто так»	1,8	1,9
«Для храбрости»	—	0,9
«Сиять напряжеиие»	2,7	1,9
«Чтобы забыть иеприятиости»	17,9	7,5
«Приятио пить»	0,9	—
«Тяиет выпить»	2,7	—
«Вызывает приятное ощущение»	0,9	5,5
«Помогает расслабиться»	0,9	—
«Когда все надоедает»	—	0,9
«Чтобы развеселиться»	40,0	45,8
«Вошло в привычку»	12,5	0,9

Примечаиие: Опрошеиы подростки, задержаиные в состояиии опьянеиия н состоявшне иа учете по делам несовершеннолетннх, как обнаруживавшие клииические признаки алкоголизма, так и эпизоднчески употреблявшие спиртиые иапиткн (группа риска).

ся к алкоголю, тем выше риск и быстрее развивается алкоголизм. И медико-социальное направление профилактики, по мнению Н. Копыта и П. Сидорова, надо адресовать именно подросткам группы риска, уже начинающим злоупотреблять спиртными напитками. В эту группу входят те, кто имеет повышенную вероятность развития любых форм так называемого отклоняющегося поведения, прежде всего ранней алкоголизации. Это и приводы в милицию, употребление наркотически действующих веществ, прогулы в учебных заведениях (школа, ПТУ).

По данным Н. Копыта и П. Сидорова, 65 % подростков группы риска вызывались в милицию за всевозможные асоциальные проступки, 40 % имели приводы в нетрезом состоянии, $^1/_4$ часть состояла на учете в комиссии и инспекции по делам несовершеннолетних. Примечательно, что 89,3 % подростков, часто употребляющих алкоголь, прогуливают школьные занятия. И по данным зарубежных исследований, прогулы характерны для 90 % злоупотребляющих спиртным подростков, побеги из дома — для 40, азартные игры — для 77, воровство — для 40 %. Если подростковая группа не объединена какой-либо полезной деятельностью, а является коллективной формой пустого времяпрепровождения, объединением скучающих несовершеннолетних, то такая группа становится благоприятной почвой для развития асоциального поведения.

Подросткам свойственно почти инстинктивное стремление к группированию со сверстниками, считает известный специалист в области подростковой психологии и психиатрии А. Личко (см.: Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1983). Наличие компании друзей, товарищей, просто сверстников служит преодолению неопределенности социального статуса, в котором находятся подростки по отношению к самим себе и к окружению в обществе. И хотя подростковые группы складываются стихийно, в них объединяются близкие по уровню развития, запросам и интересам лица.

Обычно такие компании держатся подчеркнуто отдельно от других групп, не терпят руководства со стороны, в них вырабатываются свои особые групповые нормы, ценности и способы поведения. Но в том-то и дело, что эти нормы и ценности вполне определяются уровнем развития членов группы, а будучи принятыми, в свою очередь, влияют на формирование личности.

Что же характерно для образа жизни подростков группы риска? Знание таких особенностей необходимо для профилактики подросткового алкоголизма, нарушений здорового образа жизни в принципе.

Большинство исследователей считают, что именно образ жизни подростков группы риска играет ведущую роль в развитии их алкоголизации. По мнению Н. Копыта и П. Сидорова, можно выделить по крайней мере три типичные черты их образа жизни: пренебрежение к своим социально обусловленным обязанностям, огромное количество «лишнего» времени и неумение содержательно проводить досуг. Так, недоразвитость

чувства долга и ответственности проявляется в избегании домашних дел, общественных поручений, в плохой успеваемости в учебных заведениях. Причем все это обусловлено не столько неспособностью, сколько отсутствием прилежания, последовательности, настойчивости в делах.

Затрачивая в среднем до 1 часа на домашние задания или вообще их не делая, не выполняя в семье никаких поручений, подростки, употребляющие спиртное, как отмечают исследователи, имеют в среднем 6,3 часа свободного времени, которое в 68,6 % случаев достигает и 7—8 часов. При этом лишь 12,8 % из всех обследованных группы риска имели индивидуальные увлечения, хотя и примитивного характера: коллекционирование символики той или иной моды (значков, фотографий «звезд»), модных дисков звукозаписи. В спортивных секциях и кружках такие подростки, появляясь эпизодически, не задерживаются.

В целом 51,4 % подростков группы риска не имеют ни одного содержательного занятия, не имеют какого-либо хобби, не посещают выставок и театров, отмечают Н. Копыт и П. Сидоров. Среди них нет ни одного, кто имел бы несколько разносторонних занятий в свободное время. Хотя остальные 48,6 % обследованной группы риска тянутся к спорту и чтению (литературы приключенческо-детективного жанра), это не останавливает их от частого употребления спиртного: остается много «лишнего» времени. Уровень таких увлечений весьма низок.

В этих же обследованиях выяснилось, что около 80 % подростков группы риска все же считают, что увлекаются музыкой, однако это ограничивается у них прослушиванием записей поп-ансамблей, пользующихся сиюминутной популярностью, вокально-инструментальных ансамблей и не идет дальше бренчания на гитарах во многих случаях. И это не удивительно, ведь $^2/_3$ подростков обследованной группы тратят время на игру в домино и карты, на посещение кафе, а не на систематическое занятие игрой на музыкальном инструменте.

Для этих подростков характерна жажда постоянного получения новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной переработки, потребность в поверхностных контактах, позволяющих обмениваться такой информацией в многочасовой пустой болтовне, заключают исследователи.

Таким образом, мнение исследователей сходится на том, что к формированию у подростков группы риска своеобразного образа жизни с характерным отклоняющимся поведением, сильным влиянием подростковой группы и нередко асоциальной шкалой жизненных ценностей приводят неблагоприятные условия семейного воспитания в сочетании с психологическими особенностями периода отрочества. И для профилактики важно понимание того, что именно бесцельное, бессодержательное времяпрепровождение занимает главенствующее место среди факторов риска развития алкоголизации.

Основными организационными принципами формирования трезвого образа жизни подрастающего поколения в целом и школьников в частности являются, по мнению Ю. Лисицина, Л. Розенфельда и П. Сидорова (см.: Советское здравоохранение.— 1987.— № 3), следующие:

целенаправленность и преемственность в проведении различных форм антиалкогольного воспитания и пропаганды;

сочетание гигиенического и нравственного, эмоционального и содержательного аспектов в антиалкогольной ориентации;

организация полноценного в социально-нравственном отношении досуга и повышение общественной активности учащихся;

комплексный подход к воспитанию трезвого образа жизни;

личное участие старшеклассников в антиалкогольной пропаганде;

повышение роли школьной комсомольской организации в формировании здорового образа жизни учащихся;

индивидуальная медико-воспитательная работа с угрожаемым по алкоголизации контингентом школьников;

переход к широкой и активной пропаганде здорового образа жизни.

Реферат подготовил Л. ЖУКОВ

ББК 51.2
З58

Авторы: Н. Г. ЗЕРНОВ — доктор медицинских наук, профессор
А. Е. КОВРИГИН — кандидат медицинских наук.

Рецензент: М а з у р и н А. В.— доктор медицинских наук, профессор.

Зернов Н. Г., Ковригин А. Е.

З58 Особенности развития и гигиена дошкольника.— М.: Знание, 1987.— 48 с.— (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 11).

В брошюре рассказывается об анатомо-физиологических особенностях детей в возрасте трех — шести лет, об организации рационального режима их дня, включая активные действия (игры, физкультура, трудовые навыки), отдых, чтение. Даются советы о соблюдении правил гигиены дошкольниками.
Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4105000000 **ББК 51.2**

ББК 54.194
У68

Автор: И. Г. УРАКОВ — доктор медицинских наук.

Рецензент: В. Т. Б а х у р — доктор медицинских наук.

У68 **Ураков И. Г.**
Последствия алкоголизма.— М.: Знание, 1987.— 48 с.— (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 12).

Еще Пифагор называл пьянство упражнением в безумстве. Но не только себе, а и своим близким, коллективу, где работает, приносит вред алкоголик. Об отдельных последствиях пьянства, о мерах борьбы со злом, которое приносит пьянство, о способах организации трезвого образа жизни рассказывает автор брошюры.
Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4103000000 **ББК54.194**

Научно-популярное издание

Николай Гаврилович ЗЕРНОВ, Александр Евгеньевич КОВРИГИН
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ГИГИЕНА ДОШКОЛЬНИКА

Игорь Георгиевич УРАКОВ
ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Главный отраслевой редактор А. Н е л ю б о в. Редактор В. А л г у л ь я н. Мл. редактор Л. Щ е р б а к о в а. Художник В. К о н ю х о в. Худож. редактор М. Г у с е в а. Техн. редактор А. К р а с а в и н а. Корректор В. И. Г у л я е в а, Е. И. А л ь ш е в с к а я.

ИБ № 8700

Сдано в набор 24.09.87. Подписано к печати 22.09.87. А 13712. Формат бумаги $70 \times 100^1/_{16}$. Бумага книжно-журнальная. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,80. Усл. кр.-отт. 16,25. Уч.-изд. л. 9,14 Тираж 1474506 экз. Заказ 2602 Цена 30 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр. проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 876311—876312
Ордена Трудового Красного Знамени Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром» Государственного комитета СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли 142300, г. Чехов Московской области

30 коп.
Индекс 70063

В ВЫПУСКЕ № 11 ЧИТАЙТЕ:

О заблаговременной подготовке ребенка к школе —
о том, как беречь и укрепить здоровье дошкольника,
о «секретах» закаливания,
о правильном питании,
о предупреждении детского травматизма.

На ваш вопрос «Леворукий ребенок, кто он?» отвечают доктор медицинских наук **А. ЧУПРИКОВ** и кандидат медицинских наук **В. АЙРАПЕТЯНЦ.**

В ВЫПУСКЕ № 12 ЧИТАЙТЕ:

Об эффектах опьянения, дозах спиртного и болезнях злоупотребления алкоголем, о личности хронического алкоголика и психических осложнениях, о последствиях алкоголизма для здоровья окружающих.

Медико-социологический комментарий «Воспитывает общественное мнение» кандидата философских наук **Ф. ШЕРЕГИ** и кандидата медицинских наук **Ю. ШИЛЕНКО.**

Ответы на ваши вопросы: об аутогенной тренировке и лечении гипнозом, о тестах самоконтроля в употреблении спиртных напитков.

Наши рефераты — о риске алкоголизации подростков.